



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

MARIA CRISTINA ALVES SILVA ANTUNES



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria Cristina Alves Silva Antunes

O STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

Nome do Curso de Mestrado

V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Janeiro 2020

Resumo

O *stress* ocupacional nos enfermeiros do Bloco Operatório

O *stress* ocupacional, é considerado um verdadeiro problema de saúde pública que afeta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo industrializado. É o segundo problema de saúde reportado com mais frequência na Europa, logo a seguir as perturbações músculo-esqueléticas. As organizações ligadas aos cuidados de saúde visam as necessidades dos utentes, pelo que se esquecem muitas vezes dos profissionais e das condições de trabalho. A enfermagem foi classificada como uma profissão stressante devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior probabilidade de desgaste físico e psicológico.

O estudo da saúde ocupacional na área de enfermagem visa procurar identificar os fatores que contribuem para o crescimento do *stress*, assim como a sua origem nestes profissionais.

No contexto do Bloco Operatório são prestados cuidados altamente qualificados a doentes em estado crítico, requerendo dos profissionais a aquisição de conhecimentos contínuos e resistência ao *stress*.

Este trabalho de Investigação surgiu no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica e arquitetou-se segundo um estudo exploratório com uma abordagem quantitativa, focalizada na avaliação da perceção de *stress* dos enfermeiros do Bloco Operatório Central de um hospital da zona Norte do país. O objetivo geral é conhecer o nível de *stress* percecionado pelos enfermeiros do BO Central aquando do seu exercício profissional. Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros (ESPE) assim como um questionário sociodemográfico e profissional.

A população estudada foi composta por 37 enfermeiros, que desempenham funções num serviço de Bloco Operatório Central na zona Norte do país.

A amostra é predominantemente feminina, com idades compreendidas entres os 26 e 60 anos. O tempo médio de serviço é aproximadamente de 17 anos. Mais de metade (62,2%) possui um Contrato de Trabalho em Função Pública. Quando inquiridos acerca da perceção de *stress*, 75,7% dos enfermeiros consideram que o trabalho no BO é bastante

stressante e 91,7% referem a existência de medidas que poderiam minimizar o *stress* neste serviço.

Os resultados da ESPE mostraram que o fator mais frequentemente sentido como stressante pelos participantes está relacionado com a “Carga de trabalho”, seguindo-se as situações de “Incerteza quanto aos tratamentos”, enquanto o fator menos sentido como stressante é o que está associado à “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”.

Como medidas minimizadoras do *stress* os participantes referiram a melhoria da formação com protocolos de atuação; mais recursos humanos, melhoria da comunicação entre os elementos da equipa e das condições de trabalho entre outros.

Este estudo contribui para sensibilizar as organizações para a importância na identificação e redução do *stress* no trabalho ao qual o trabalhador e mais concretamente o Enfermeiro Perioperatório está sujeito.

Palavra-chave: *Stress* Ocupacional, Enfermeiros e Bloco Operatório

Abstract

Occupational stress among nurses in the operating room

Occupational stress is considered a real public health problem that affects a large percentage of workers in the industrialized world and is the second most frequently reported health problem in Europe, after musculoskeletal disorders. Health care organizations target users' needs, so they often forget about professionals and working conditions. Nursing was classified as a stressful profession due to the responsibility for people's lives, leading to a greater likelihood of physical and psychological exhaustion. The present study aims to identify the factors that contribute to the growth of stress, as well as its origin in the nursing professionals.

In the context of the Operating Room (OR), it is provided highly qualified care critically ill patients, forcing professionals to acquire continuous knowledge and resistance to stress.

This investigation work came within the scope of the Master's Dissertation in Medical Surgical Nursing and was designed according to an exploratory study with a quantitative approach focused on the assessment of the stress perception of nurses in the Central Operating Room of a hospital in the North of the country whose general objective is to know the stress level perceived by nurses at BO Central during their professional practice. As a data collection instrument it was used the Professional Stress Scale in Nurses (ESPE), as well as a sociodemographic and professional questionnaire.

The the study integrated 37 nurses, who work in a service in the Central Operating Room in the North of the country. The sample is predominantly female, aged between 26 and 60 years. Average service time is approximately 17 years. More than half (62.2%) have a Public Service Employment Contract. When asked about the perception of stress, 75.7% of nurses consider that work in the OR is quite stressful and 91.7% refer to the existence of measures that could minimize stress in this service.

The results of ESPE showed that the factor most frequently felt as stressful by the participants is related to the "Workload", followed by the situations of "Uncertainty regarding treatments", while the least felt factor as stressful is that associated with "Inadequate preparation to deal with the emotional needs of patients and their families".

As measures to minimize stress, the participants referred to the improvement of training with performance protocols; more human resources, improved communication between team members and working conditions, among others.

Therefor, this study contributes to sensitize organizations to the importance of identifying and reducing stress at work to which the worker and more specifically the Perioperative Nurse is subject.

Keyword: Occupational Stress, Nurses and Operating Room (OR)

Agradecimentos

Estas linhas de agradecimento vão a todas as pessoas que estiveram ao meu lado na concretização deste projeto.

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira pela disponibilidade que sempre demonstrou, pelo incentivo e a confiança que me transmitiu e, sobretudo, pelas análises críticas e pelo rigor do acompanhamento que sempre me prestou.

Ao meu marido, minhas filhas e minha mãe pelo apoio incondicional e pela compreensão pelos momentos de ausência.

Ao Sr. Dr. Rui Torres (Diretor do BO) e a Sra. Enfermeira Elvira Cadete (Enfermeira chefe do BO) que demonstraram interesse neste estudo de investigação e autorizaram a sua realização no Bloco Operatório central.

Aos meus colegas de trabalho pela colaboração na investigação e pela partilha da sua realidade.

A Raquel, pela preciosa ajuda no tratamento dos dados estatísticos.

Finalmente e não menos importante, as minhas colegas de curso Paula Oliveira, Comba Penaforte e Lucie Santos, pela caminhada que percorremos juntas.

A todos o meu muito obrigada.

Dedicatória

Dedico especialmente este trabalho a minha amiga e colega de trabalho Comba que por motivos familiares não pode concretizar o seu projeto.

Pensamento

“Apercebi-me, que ao longo do meu exercício diário, que por vezes as pessoas são vítimas de incendio tal como nos edificios; sujeitas ao efeito da tensão produzida pelo nosso mundo complexo, os seus recursos internos consomem-se, como sob ação das chamas, não deixando senão um imenso vazio no interior, ainda que o involucro exterior pareça mais ou menos intacto”

Herbert Freudenberger

Sumário

Resumo	ii
Abstract.....	iv
Agradecimentos	vi
Dedicatória.....	vii
Pensamento	viii
Sumário	ix
Índice de Figuras e Tabelas	xii
Figuras	xii
Tabelas.....	xii
Abreviaturas e Siglas	xiv
INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I: DESENVOLVIMENTO	18
1. O <i>Stress</i>	19
1.1. Evolução do conceito de <i>stress</i>	19
1.2. Fisiologia do <i>stress</i> e a suas respostas	22
2. O <i>stress</i> ocupacional	29
2.1. Os fatores organizacionais indutores de <i>stress</i>	33
2.2. O <i>Stress</i> ocupacional nos profissionais da saúde.....	37
2.3. <i>Stress</i> ocupacional na enfermagem.....	39
2.4. O <i>Stress</i> ocupacional nos Enfermeiros Perioperatórios.....	41
PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLOGICO	48
1. Enquadramento Metodológico	49
1.1. Opções metodológicas e tipo de estudo.....	49
1.2. Objetivos do estudo	50
1.3. Hipóteses de investigação.....	50

1.4. Variáveis de estudo.....	51
1.5. População e Amostra.....	52
1.6. Instrumentos de colheita de dados.....	52
1.6.1. Questionário sociodemográfico e profissional	52
1.6.2. Escala de <i>Stress</i> Profissional em Enfermeiros.....	53
1.6.3. Caraterísticas psicométricas da escala, na versão do estudo	56
1.7. Procedimento de recolha de dados	57
1.8. Procedimentos de análise de dados	58
PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
1. Resultados descritivos	60
1.1. Caraterização sociodemográfica da amostra	60
1.2. Caraterização profissional da amostra.....	61
1.3. Resultados da ESPE	68
1.4. Resultados dos testes das hipóteses e discussão dos mesmos	78
Conclusões.....	88
Limitações do estudo.....	92
Implicações do estudo	93
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
ANEXO	105
Anexo I - Escala de <i>Stress</i> Profissional em Enfermeiros (ESPE)	106
APÊNDICES	108
Apêndice I - Questionário de Avaliação Sociodemográfica e Profissional.....	109
Apêndice II – Declaração de autorização do Presidente do Concelho da Administração	113
Apêndice III – Declaração de autorização do Sr. Diretor do BO	122
Apêndice IV – Declaração de autorização da Sra. Enfermeira chefe do BO	124

Apêndice V – Declaração de autorização por parte do autor para uso da ESPE.....	126
Apêndice VI - Declaração de consentimento dos participantes	128
Apêndice VII - Folha de rosto	130

Índice de Figuras e Tabelas

Figuras

Figura 1 - Síndrome Geral de Adaptação de Hans Selye	20
Figura 2 - Reações fisiológicas ao <i>stress</i>	23
Figura 3 - Respostas fisiológicas do Sistema Simpático e Parassimpático	24
Figura 4 - Eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal	24

Tabelas

Tabela 1 - Características psicométricas da Escala de <i>Stress</i> Profissional em Enfermeiros	56
Tabela 2 - Alfa de Cronbach nos diferentes fatores da escala	57
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica	60
Tabela 4 - Caracterização profissional	62
Tabela 5 - Sugestões dos enfermeiros para minimizar o <i>stress</i> no BO	63
Tabela 6 - Perceção do nível do <i>Stress</i> Profissional em Enfermeiros no BO	69
Tabela 7 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “A morte e o morrer”	70
Tabela 8 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “Conflitos com os médicos”	72
Tabela 9 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”	73
Tabela 10 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “Falta de apoio dos colegas”	74
Tabela 11 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”	75
Tabela 12 - Contributo de cada item para a perceção de <i>stress</i> na subescala: “Carga de trabalho”	76

Tabela 13 - Contributo de cada item para a percepção de <i>stress</i> na subescala: “Incerteza quanto aos tratamentos”.....	78
Tabela 14 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com o género	79
Tabela 15 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com a idade.....	81
Tabela 16 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com o tempo de exercício profissional.....	83
Tabela 17 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com a natureza do vínculo profissional	84
Tabela 18 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com a rotatividade de turnos	85
Tabela 19 - Percepção do nível de <i>stress</i> dos enfermeiros do BO de acordo com o número de horas de trabalho	87

Abreviaturas e Siglas

ACT- Autoridades para as Condições de Trabalho

AESOP- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN- American Association of Operating Room Nurses

Art.º - Artigo

BO - Bloco Operatório

CCE - Conselho Das Comunidades Europeias

CIT - Contrato Individual de Trabalho

CTFP - Contrato de Trabalho em Função Pública

ESPE- Escala de Stress Profissional em Enfermeiros

EU- OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

OE- Ordem dos Enfermeiros

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização Nações Unidas

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SAV- Suporte Avançado Vida

SBV – Suporte Básico Vida

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULSAM - Unidade local de Saúde do Alto Minho

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

A “maior epidemia mundial do século XX” foi assim que a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu o *stress*. Segundo essa mesma organização, o *stress* pode interferir na qualidade de vida das pessoas resultando em prejuízos a nível social, familiar, doenças físicas e psicológicas, falta de motivação além de problemas relacionados com o trabalho.

Embora se conheçam vários conceitos de *stress*, uma das definições que merece principal destaque é a de Selye (1984) médico endocrinologista, considerado o “pai do *stress*”, que o considera como “um elemento natural da vida”. Para ele, o *stress* “está em qualquer lugar; não podemos evitá-lo, nem seria adequado fazê-lo se pudéssemos”. Segundo Serra (2011), o *stress* tem repercussões particularmente significativas no mundo do trabalho.

O *stress* ocupacional tem despertado grande interesse devido aos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, que provocam perdas de produtividade.

Nos últimos anos temos observado um crescente interesse pelo estudo do *stress* e dos fatores psicossociais relacionados com o trabalho devidos as repercussões que estes podem ter sobre a saúde dos trabalhadores (EU-OSHA-2017). Transtornos físicos, psíquicos e comportamentais são consequência desse *stress* ocupacional aos quais os profissionais estão sujeitos. De forma geral, o indivíduo sente *stress* no trabalho quando percebe que existe um desequilíbrio entre as exigências que lhe são impostas e os recursos físicos e mentais de que dispõe para lhes dar resposta.

Cabe então informar e motivar as entidades patronais assim como os trabalhadores para promover um ambiente de trabalho seguro, e proporcionar uma gestão que atenuie os riscos psicossociais e desta forma, o *stress* no trabalho.

Uma das classes mais afetadas pelo *stress* ocupacional diz respeito aos profissionais da área da saúde, mais concretamente os enfermeiros. Segunda a *Health Education Authority*, a enfermagem foi classificada como a quarta profissão mais stressante do sector público. De facto, esses profissionais exercem a sua atividade laboral em contextos de grande exigência profissional e em condições de trabalho frequentemente difíceis, sendo que prestando cuidados ao doente crítico e a pessoa em

sofrimento, aliado a falta de recursos humanos e material, acabara facilitando o aparecimento de *stress* e consequentemente prejudicava a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Segundo a literatura, os fatores de risco mais comuns identificados nos enfermeiros tem por origem a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional, nomeadamente o contacto com o sofrimento, a dor, a morte, o excesso de trabalho, a ambiguidade de funções e os conflitos ligados as relações interpessoais.

No contexto de *stress* ocupacional no BO, Cruz (2004), chega a conclusão que esses profissionais requerem maior atenção face aos cuidados prestados ao doente crítico, tratando-se de um contexto onde os Enfermeiros Perioperatórios se deparam no quotidiano a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a complexidade dos cuidados, ao trabalho por turnos e as situações de urgência/emergência podendo criar situações de angústia e ansiedade, que posteriormente levam à exaustão, ou seja, ao Burnout.

A escolha do tema do *stress* ocupacional no contexto do BO para o desenvolvimento deste estudo deve-se ao facto do investigador trabalhar nesse contexto e querer validar se os profissionais no seu contexto de trabalho exibem elevados níveis de *stress* como referiu Cabral (2004) num estudo efetuado sobre os fatores de *stress*.

Assim, e porque diariamente lidamos com uma realidade em que os conflitos interpessoais e a carga de trabalho gera *stress* na equipa multidisciplinar de um BO, quisemos aprofundar esta questão e saber até que ponto os profissionais de saúde, mais propriamente os Enfermeiros Perioperatórios, estão sujeitos ao *stress* ocupacional no desenvolvimento da sua atividade.

Torna-se importante identificar os fatores de risco e respetiva avaliação e consequentemente adotar medidas corretivas e preventivas tanto a nível organizacional como a nível individual.

Este estudo de investigação realizado no âmbito da dissertação do V curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica refere-se à problemática do *stress* ocupacional em Enfermeiros Perioperatórios. Teve como objetivo principal conhecer a perceção de *stress* nos enfermeiros do BO de um hospital da zona Norte do país no dever das suas funções, assim como conhecer as fontes geradoras de *stress* desses enfermeiros.

Conhecer as fontes de *stress* é um primeiro passo para desenvolver estratégias de intervenção adequadas para trazer melhorias nesse contexto de trabalho.

Como já referido, os Enfermeiros Perioperatórios estão sujeitos a longas jornadas de trabalho, esses profissionais trabalham num contexto de grande exigência relacionado ao manuseamento de equipamentos e de técnicas altamente qualificadas, assim como a prestação de cuidados ao doente crítico.

Este estudo procurou identificar as fontes indutoras de *stress* no contexto do BO com o objetivo de implementar algumas ações no intuito de prevenir esse *stress*, assim como conhecer as medidas que esses profissionais gostariam de ver implementadas.

Face a escassez de estudos dedicados ao *stress* ocupacional no contexto do Enfermeiro Perioperatório, considerou-se pertinente contribuir com esta investigação.

O presente trabalho tem uma estrutura dividida essencialmente em 3 partes. A primeira consiste na revisão teórica do *stress* de modo geral fazendo referência a sua evolução, a fisiologia e as suas respostas. A seguir fez-se uma abordagem do *stress* no contexto do trabalho, assim como os fatores organizacionais indutores de *stress*. Abordou-se mais especificamente o *stress* ocupacional nos profissionais de saúde e particularmente na área de enfermagem e por fim foi contextualizado o *stress* ocupacional nos Enfermeiros Perioperatórios.

A segunda parte faz referência a metodologia utilizada para este estudo. Este capítulo está subdividido em 7 subcapítulos. Primeiro é feita uma abordagem do tipo de estudo e das opções metodológicas; seguem-se a definição dos objetivos do estudo; em terceiro são apresentadas as hipóteses de investigação; em quarto são apresentadas as variáveis do estudo; em quinto é feita uma apresentação da população e da amostra; em sexto são apresentados os instrumentos de colheita de dados nomeadamente a Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros (ESPE) assim como um questionário sociodemográfico e profissional. E por fim no sétimo momento são abordados os procedimentos levados a cabo.

Por último, a terceira parte destina-se à apresentação dos resultados e discussão dos mesmos assim como as conclusões gerais deste estudo.

PARTE I: DESENVOLVIMENTO

1. O *Stress*

Embora se conheçam vários conceitos de *stress*, uma das definições que merece principal destaque é a de Selye (1984) médico endocrinologista, considerado o “Pai do *stress*”, que o considerava como “um elemento natural da vida”. Para ele, o *stress* “está em qualquer lugar; não podemos evitá-lo, nem seria adequado fazê-lo se pudéssemos.”

1.1. Evolução do conceito de *stress*

O termo *stress* deriva etimologicamente da palavra latina *stringere*, que significa apertar, cerrar, comprimir (Houaiss, Villar e Franco, 2001, in Abreu, Klayne [et.al], (2002).

A palavra *stress* foi utilizada pela primeira vez pelo físico Robert Hooke, no século XVII, quando referiu que o *stress* ocorria quando uma “carga pesada afetava uma determinada estrutura física” (Lazarus, 1993, in Abreu, Klayne [et.al], 2002).

Nos séculos XVIII e XIX o *stress* aparece relacionado com termos como "força", "pressão", "esforço" e "tensão". Neste sentido, *stress* já significava um fenómeno relacionado com objetos e pessoas. Foi o sentido de pressão externa agindo num corpo ou numa pessoa que entrou para a física, na medida em que se postulou ser essa força ou pressão um agente que deforma ou que rompe o equilíbrio de um sistema.

Serra (2000) refere que é um termo para o qual não há uma tradução fácil para a língua portuguesa, mas é “algo” que soa a familiar a qualquer sujeito, onde expressões como as pessoas “andarem stressadas” ou que o ritmo de vida atual está cheio de *stress* faz parte do quotidiano.

Já Eriksen e Ursin (2006) in Serra (2011), numa abordagem mais profunda, afirmam que o *stress* deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa observando-se em todas as espécies que têm cérebro, em todas as culturas humanas, em todas as idades e em ambos os géneros. Segundo estes dois autores, se este não fosse adaptativo e necessário, não teria sobrevivido ao teste da evolução que o faz perdurar no tempo ao longo de múltiplas gerações. Referem ainda, que só em condições muito específicas esta resposta ultrapassa os seus limites e se torna então uma potencial fonte de doença.

Para Preguiça (2015) sob o ponto de vista histórico foram muitos os autores que trabalharam em torno do conceito de *stress* na tentativa de proporcionarem a sua melhor definição, mas na sua óptica, houve três autores que deixaram bem vincada a sua marca no aprofundar deste tema: Claude Bernard (1813-1878), fisiologista francês, que deixou expresso como ideia-chave a de que o organismo quando perante ameaças externas que pusessem em causa a sua integridade tenderia a desencadear um conjunto de respostas que fossem ao encontro de tais ameaças no sentido de as neutralizar. Posteriormente, Walter Cannon (1871-1945), fisiologista americano, que no seguimento dos estudos de Bernard, criou o conceito de homeostase como estrutura de defesa do organismo e finalmente Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista, a quem é atribuída a introdução do conceito *stress* dentro da área das ciências médicas e sua conceptualização, visto ser um termo importado da área da física (onde era utilizado para referir fenómenos de tensão ou pressão sobre objetos físicos).

Foi com este último autor, cujos trabalhos foram considerados vanguardistas e relevantes no âmbito dos diversos estudos à época sobre o *stress*, que se definiu o “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA).

Figura 1 - Síndrome Geral de Adaptação de Hans Selye



Fonte: <https://joaomfjorge.wordpress.com/>

Segundo Selye (1956) esta síndrome está dividida em três fases: A fase de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão. (Figura 1)

Vaz Serra (2000), referindo-se ao SGA, descreve que Selye constatou nos seus estudos que sempre que o organismo respondia ou produzia uma resposta induzida pelo

stress, existiam alterações corporais, que no seu conjunto constituem o “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA). Síndrome, porque envolvia um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes; Geral, porque eram afetados grandes departamentos orgânicos, e de Adaptação porque parecia ter como finalidade última reativar defesas que ajudam a repor o equilíbrio perturbado.

Ainda na perspectiva de Selye, existe dois termos que devem ser associados ao *stress*, o eustress e distress (Jesus, 2002) in Pacheco (2005). O eustress acontece quando as situações contribuem para a realização do indivíduo quanto ao distress esse ocorre quando as situações têm uma carga negativa associada, sendo desgastantes e não produtivas para o indivíduo.

Segundo vários autores citados por Santos e Castro (1998), o *stress* conceptualiza-se de três formas distintas.

A primeira centra-se no ambiente descrevendo o *stress* como um estímulo. Isto é observado da maneira como as pessoas se referem a origem ou causa da sua tensão descrevendo-a como sendo um acontecimento ou conjunto de circunstâncias. Por exemplo ter um emprego stressante. Os acontecimentos e sentimentos que nós percebemos e sentimos como ameaçadores ou perigosos e que por esse motivo provocam sentimentos e situações de tensão, são denominados de stressores ou de acontecimentos traumáticos de vida. Sarafino (1994) refere que vários investigadores seguiram esta conceção estudando o impacto de uma grande variedade de acontecimentos traumáticos de vida ou stressores.

A segunda conceção relaciona o *stress* a uma resposta centrada nas reações das pessoas aos acontecimentos stressores. Aqui são observadas duas componentes; a psicológica e a fisiológica. A psicológica envolve o comportamento, padrões de pensamento e as emoções. Por exemplo quando um indivíduo sente-se “nervoso”. Quanto ao aspeto fisiológico esse envolve alterações de natureza orgânica, tal como aumento ritmo cardíaco, sensação de secura de boca, sudção excessiva, nó no estomago. Esta resposta psicofisiológica a este tipo de acontecimentos de vida indutores de *stress*, denomina-se de resposta tensional ou de tensão (Sarafino, 1994).

A terceira descreve o *stress* como um processo que inclui acontecimentos stressores e respostas de tensão, adicionando um fator importante que é a relação entre a pessoa e o meio que a envolve.

Este processo envolve interações contínuas e ajustamentos, denominados de transações ou troca entre a pessoa e o meio.

Nesta perspectiva o *stress* passa num processo no qual o individuo é um agente ativo que pode influenciar o impacto de acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais (Sarafino, 1994).

Em Psicologia, o termo *stress* pode ter inúmeras definições. As mais atuais consideram que o *stress* é causado pelo ambiente externo (por exemplo, problemas no trabalho) e, conseqüentemente, o *stress* advém da resposta ao stressor ou sofrimento (por exemplo, exaustão emocional e sensação de tensão). Deste modo, o *stress* envolve alterações comportamentais, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas (Ribeiro, 2007).

Segundo Preguiça (2016), o *stress* tem sido alvo de estudo por inúmeros investigadores da área da saúde, na medida em que existe uma elevada preocupação com as conseqüências que pode vir acarretar na qualidade de vida do ser humano.

1.2. Fisiologia do *stress* e a suas respostas

O *stress*, seja ele de natureza física, psicológica ou social, é composto de um conjunto de reações fisiológicas que se exageradas em intensidade ou duração podem desencadear um desequilíbrio no organismo. Por isso, pode-se concluir que a reação ao *stress* é uma atitude biológica necessária para a adaptação a novas situações.

Para Margis [et.al], (2003), o *stress* denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional, e, ao perturbarem a homeostasia disparam um processo de adaptação caracterizado por várias alterações fisiológicas e psicológicas.

Segundo Favassa, Armiliato e Kalinine, (2005), o *stress* nem sempre é um fator de desgaste emocional e físico, mas sim, um mecanismo natural de defesa do organismo. O organismo recebe estímulos internos e externos através do sistema nervoso e, dependendo da forma com que esses estímulos são enfrentados, poderão provocar alterações psicológicas e biológicas negativas, podendo levar ao *stress* crónico.

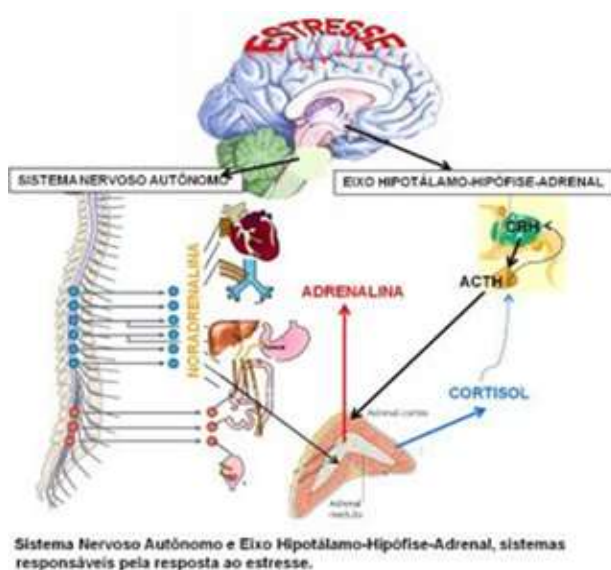
Na perspectiva de Barroso (2009) o *stress* desencadeia uma tripla resposta: de natureza biológica, cognitiva e comportamental, cujas manifestações são únicas para cada indivíduo, uma vez que dependem de diversos fatores, nomeadamente aspetos culturais, de personalidade, o tipo de circunstância que desencadeia o *stress* e a

capacidade ou não de controlo sobre o que está a acontecer, isto é, cada indivíduo usa os seus processos psicológicos e a sua capacidade de compreensão para interpretar os factos.

Inoue, Versa e Matsuda (2013) afirmam que o *stress* envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas e psicológicas.

Na perspetiva de Zuardi (2014), existem duas possíveis reações fisiológicas perante uma situação indutora de *stress*: a reação do sistema nervoso autónomo (SNA) e a do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com ações complementares através de todo o organismo (Figura 2).

Figura 2 - Reações fisiológicas ao stress



Fonte: Zuardi, A. W. (2014)

O SNA também chamado Sistema Nervoso Simpático é o responsável pela resposta mais imediata à exposição ao stressor, aí são transmitidas mensagens neurológicas aos órgãos e tecidos. Este é composto pelo sistema nervoso simpático e pelo sistema nervoso parassimpático, que provocam alterações rápidas nos estados fisiológicos através da inervação dos órgãos alvos. O SNA é responsável por controlar as atividades das vísceras e outros órgãos que não possuem controlo voluntário. O

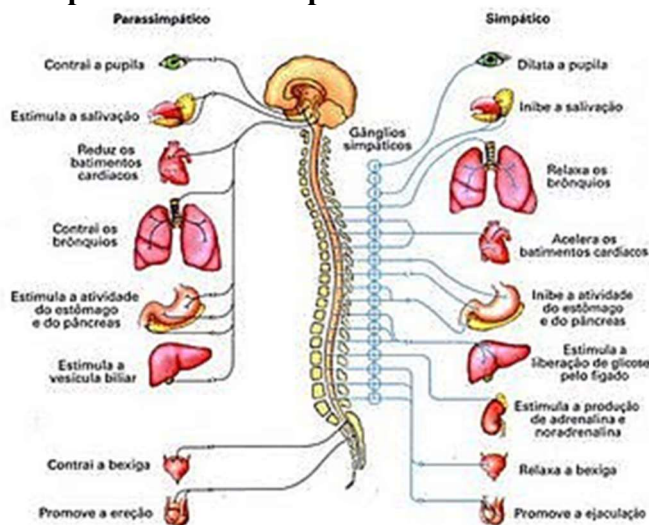
Simpático é responsável por preparar o organismo para situações de *stress* e perigo, dando uma resposta imediata de fuga ou luta; já o Parassimpático é basicamente o contrário, regula o organismo para situações de repouso e controla a digestão. Zuardi (2014).

Os neurônios do Simpático (pré-ganglionares) saem dos segmentos toraco-lombares, enquanto os do Parassimpático saem dos segmentos céfalo-sacrais. No sistema Simpático, depois de o nervo espinhal deixar o canal espinhal, as fibras pré-ganglionares deixam o nervo, e vão para um dos gânglios da cadeia simpática onde será feita a sinapse com um neurônio pós-ganglionar. Seus neurotransmissores são a Noradrenalina e a Adrenalina. Zuardi (2014).

No sistema Parassimpático, na maior parte das vezes, as fibras pré-ganglionares normalmente seguem, interruptamente, até o órgão que será controlado fazendo então sinapse com os neurônios pós-ganglionares e o seu neurotransmissor que é a Acetilcolina. Dessa maneira percebe-se que os neurônios pré-ganglionares do Simpático são curtos e os pós são longos, o contrário do que ocorre no Parassimpático. Zuardi (2014).

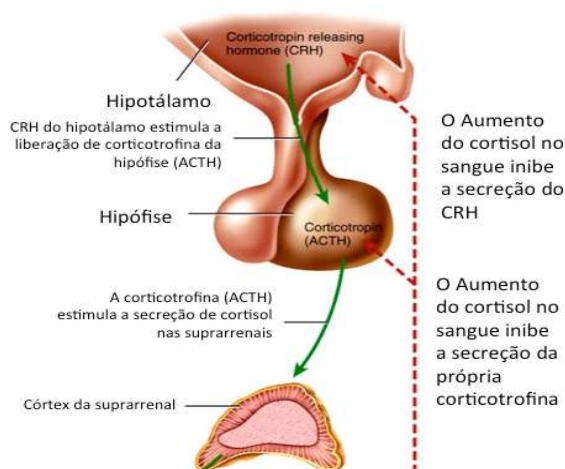
Por exemplo, a inervação simpática pode rapidamente (em segundos) aumentar a frequência cardíaca (Figura 3) e a pressão arterial através da liberação de noradrenalina,

Figura 3 - Respostas fisiológicas do Sistema Simpático e Parassimpático



Fonte: Zuardi, A. W. (2014)

Figura 4 - Eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal



Fonte: Psiqweb.med.br

principalmente nas terminações dos nervos simpáticos e de adrenalina pela estimulação simpática das células da medula da glândula adrenal. Essa excitação do SNA diminui rapidamente devido ao reflexo Parassimpático, resultando em respostas de curta duração.

Por outro lado, o *stress* ativa, também, o eixo HHA (Figura 4) ou Sistema Nervoso Endócrino, que resulta na transmissão de informação às glândulas para produzirem hormonas. Aí temos uma elevação dos níveis de glucocorticoides circulantes. A exposição ao stressor ativa os neurônios do núcleo paraventricular do hipotálamo que secretam neuro- hormonas como a Dopamina, a Noradrenalina e Fator de Liberação da Corticotrofina (corticotropin-releasing hormone) ou CRH. Esta hormona vai estimular o lobo

anterior da Hipófise promovendo a libertação de hormona adrenocorticotrófica ou ACTH. Ao mesmo tempo que produz a ACTH, a Hipófise produz outras hormonas como a Vasopressina, a Prolactina, a Hormona somatotrófica do crescimento (GH) e Hormona Estimuladora da Tireoide (TSH). A ACTH vai por sua vez vai agir sobre o córtex da glândula supra-renal aumentando a secreção de cortisol e de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). Estas substâncias vão ativar mecanismos catabólicos para lançar na corrente sanguínea grandes quantidades de glicose necessária para a resposta ao *stress*.

De acordo com Selye (1956), após uma agressão física ou psíquica que ameaça o equilíbrio interno, o organismo desencadeia uma contra-reação a traves de uma descarga hormonal procurando restabelecer o equilíbrio. Para este, a reação não é específica, pois a mesma não depende da natureza do agente agressor, trata-se do SGA como já referido anteriormente. Selye descreve esta síndrome em três fases: Fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

Na fase de alarme, temos uma ativação do eixo simpático-medular. O corpo reconhece o agente stressor e ativa o sistema neuro endócrino. Há um aumento da produção de adrenalina e noradrenalina devido à ativação da medula supra-renal, permitindo ao indivíduo organizar as suas defesas biológicas para estar preparado para lutar ou fugir. Nesta fase, as frequências cardíacas e respiratórias aumentam, eleva-se a tensão arterial e dá-se uma vasoconstrição dos vasos da região esplénica e dos membros, a fim de o sangue poder ser canalizado para os músculos e para o coração. As extremidades ficam frias e suadas. O glicogénio armazenado no fígado é libertado para a corrente sanguínea sob a forma de glicose, na tentativa de ajudar a alimentar as células do organismo. A reação de alarme termina, quando desaparece o agente indutor de *stress*. Nesta fase, podemos sentir tensão ou dor muscular, azia, problemas de pele, irritabilidade sem causa aparente, nervosismo, sensibilidade excessiva, ansiedade e inquietação. No caso de o agente stressor desaparecer, saímos do processo de *stress* sem sequelas. Porém, se o stressor continuar ou se algo mais acontecer, poderá surgir a fase seguinte chamada:

A fase de resistência, composta pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e surge com objetivos reparadores. Este caracteriza-se pelo esforço que o organismo faz para tentar repor o equilíbrio inicial que foi perdido. Os sinais de alarme desaparecem, apaziguando-se muitas das modificações induzidas na fase anterior e o indivíduo prepara-se para lidar e adaptar-se à situação perturbadora. Dá-se uma elevação do cortisol no sangue, uma ativação do metabolismo em geral e um aumento da força

muscular. Ocorre uma diminuição dos processos de tumefação e inflamação. Nesta fase, dois sintomas mais importantes surgem: dificuldades com a memória e muito cansaço. Se o nosso esforço for suficiente para lidar com a situação, o *stress* é eliminado e saímos do processo de *stress*, caso o stressor continuar, o corpo pode entrar na fase seguinte que é chamada:

Fase de exaustão, que ocorre quando o indivíduo não consegue lidar nem se adaptar à situação que induz o *stress*. Aqui, dá-se uma reativação vegetativa e a manutenção de níveis elevados de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo. Observa-se um déficit de reservas de energia, a resistência a infecções diminui substancialmente.

Baseando-se na Teoria de Selye, Lipp (2013) tem uma perspectiva diferente do *stress*. Segundo essa mesma autora ele desenvolve-se em 4 fases. Inicialmente a pessoa entra no processo de *stress* pela fase de alarme. Esta é a fase boa do *stress*, onde é produzida adrenalina e ficamos cheios de energia e de vigor, prontos para, se necessário, despendar grande quantidade de energia se tivermos que lidar com uma emergência.

Na fase de alarme podemos ter perturbações do sono, com dificuldade em dormir devido a adrenalina. O corpo fica mais tenso, os músculos com contraturas. No início dessa fase pode surgir taquicardia, sudorese, falta de apetite. A respiração fica mais ofegante do que o habitual. Poderá surgir maior irritabilidade devido a tensão física e mental vivenciada. Quanto ao humor, a sensação de euforia predomina. No contexto do trabalho deparamo-nos com um aumento da produtividade e criatividade. Nesta fase o organismo acaba por reagir como um todo havendo uma perfeita união entre o corpo e a mente.

Na fase de resistência, o sono normaliza. Surge o cansaço devido ao esforço de resistência ao *stress*. A memória começa a falhar. Mesmo não estando doente o organismo sente-se “doente”. A produtividade e a criatividade voltam ao usual, mas às vezes não consegue ter novas ideias. A nível sexual observa-se uma diminuição da libido, o sexo não apresenta interesse. A pessoa manifesta preocupação relativamente a fonte do seu *stress*, tornando -se cansativa a repetir o mesmo.

Na fase de quase-exaustão surgem as insónias. A nível sexual a libido desaparece quase na totalidade. A energia para o sexo esta a ser usada na luta contra o *stress* e a pessoa perde o interesse. Quanto ao trabalho há uma queda drástica da produtividade e da

criatividade. Fisicamente surge o cansaço e um desgaste muito grande, a memória fica bastante afetada, interferindo nas coisas banais do dia a dia. Começam a surgir doenças, a ansiedade passa a fazer parte do cotidiano. O indivíduo isola-se, não achando graça as coisas ao seu redor.

Na fase de exaustão o sono diminui e é pouco reparador. A libido desaparece quase por completo. A nível do trabalho torna-se complicado trabalhar normalmente. Há dificuldades na concentração e nas tomadas de decisão. Há diminuição da produção e o trabalho perde interesse. A pessoa fica mais isolada, não socializa, perde o sentido de humor, fica apático. Fisicamente surge um desgaste muito grande e cansaço. Doenças graves podem ocorrer, como depressão, úlceras, pressão alta, diabetes, enfarte, psoríase entre outras. Não há mais como resistir ao *stress*. A pessoa precisa de ajuda médica e psicológica para se curar. Em casos mais graves, pode ocorrer a morte.

Talvez seja o exemplo mais extremo das consequências individuais de *stress*, contudo sabe-se que o *stress* aumenta a suscetibilidade e o risco de acontecer a morte resultante de doenças, como os ataques cardíacos e a ocorrência de comportamentos, do qual o suicídio é exemplo mais radical (Ramos, 2001) in Gonçalves (2013).

Assim o nosso organismo está preparado para lidar com o *stress* do dia a dia, mas quando se intensifica ou perdura por longo período, esse gera efeitos colaterais no metabolismo com consequências a nível físico, psicológico e emocional.

No que diz respeito às consequências físicas do *stress* segundo Lipp (2014) são apontadas:

- ✓ A acne. É um dos sintomas físicos do *stress* mais visíveis e fáceis de observar, principalmente em pessoas com ansiedade crônica devido a níveis baixos de imunidade;
- ✓ Dores de cabeça, ou dores no pescoço. A pessoa stressada contrai sem perceber a musculatura do ombro, podendo ocasionar dores de cabeça, de coluna e até torcicolo;
- ✓ Dores crônicas em particular nas articulações são uma queixa comum que pode resultar do aumento dos níveis de *stress* devido a diminuição das defesas do organismo. A pessoa stressada pode apresentar quadro de tendinite e dores generalizadas;
- ✓ Alergias;

- ✓ Alterações do sistema imunológico causador de maior suscetibilidade a infeções;
- ✓ Fadiga crônica e diminuição dos níveis de energia. O *stress* é uma das principais causas de alteração do padrão do sono levando tanto à insônia aguda como a crônica;
- ✓ Alterações na libido. O *stress* pode interferir no desempenho sexual e até na fertilidade. O aumento da atividade do hipotálamo resulta numa menor atenção para as áreas da libido, do orgasmo e do prazer, diminuindo-as;
- ✓ Alterações do sistema gastrointestinal, diarreia, constipação, mau estar abdominal, azia, gastrite;
- ✓ Alterações no apetite;
- ✓ Queda de cabelo que esta relacionada com a produção de testosterona que bloqueia as células responsáveis pelo crescimento capilar;
- ✓ Aumento do ritmo cardíaco, arritmias;
- ✓ Bruxismo;
- ✓ Sudorese.

Os níveis excessivos de *stress* não só interferem na parte emocional e física do indivíduo, mas também na parte mental.

Relativamente às consequências psicológicas do *stress* segundo Lipp (2014), são observados ainda:

- ✓ A depressão. Ela é considerada como a condição que mais sofrimento traz ao ser humano. É capaz de destruir a felicidade e a qualidade de vida de qualquer pessoa. Reduz a criatividade e a produtividade, tira a vontade de viver e interagir com os outros. O número de pessoas com depressão está a aumentar, devido principalmente ao *stress* ocupacional;
- ✓ Alteração da atenção traduzindo-se na dificuldade em prestar atenção em várias tarefas. Também é observada uma diminuição da habilidade em realizar múltiplas tarefas;
- ✓ Insónias, alteração do padrão do sono. A hora de dormir é um dos momentos mais prejudicado quando uma pessoa não consegue relaxar. O *stress* gera ansiedade é um dos seus efeitos é dificultar o início do sono;

- ✓ O medo. É a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, ele é com mais frequência associado a períodos de excitabilidade aumentada necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga;
- ✓ A ansiedade, caracterizada pela antecipação de ameaça futura. Essa é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou fuga;
- ✓ Irritabilidade excessiva;
- ✓ Esquizofrenia;
- ✓ Episódios maníaco-depressivos;
- ✓ Perda de memória;
- ✓ Falta de concentração;
- ✓ Preocupação excessiva;
- ✓ Alterações no humor (mau humor constante, ou mais frequente);
- ✓ Agitação psicomotora, incapacidade de relaxar;
- ✓ O uso de café, álcool, tabaco ou drogas para tentar relaxar.

E por fim, Lipp (2014), afere ainda como consequências emocionais:

- ✓ Sentimento de estar sobrecarregado;
- ✓ Insegurança;
- ✓ Angústia;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Alterações no humor;
- ✓ Dificuldade em relaxar;
- ✓ Sentimento de solidão;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Apatia e desânimo (pensamentos negativos).

2. O *stress* ocupacional

O *stress* não é só um problema que se manifesta a nível pessoal, mas sim também a nível profissional. Ao longo do tempo os vários estudos realizados permitiram chegar à conclusão que quando um indivíduo é sujeito a *stress* excessivo e de forma contínua, esta

situação não só vai comprometer a sua saúde como vai fazer com que a sua qualidade de vida fique comprometida assim como a sua produtividade.

O tema de *stress* no trabalho tem despertado um grande interesse por parte das organizações na análise das causas do *stress* e nos métodos que podem levar à redução do *stress* no indivíduo (Sadir, Bignotto e Lipp, 2010) no sentido de melhorar o rendimento dos trabalhadores.

O *stress* ocupacional foi definido por Dejours (1987) como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho.

Assim, o *stress* ocupacional torna-se uma preocupação atual no cenário da saúde sendo um dos riscos mais sérios para o comprometimento do bem-estar psicossocial do trabalhador. A Organização das Nações Unidas (ONU) assim como a Organização Mundial de Saúde (OMS) num estudo recente consideram o *stress* como um dos problemas de saúde mais sérios associados ao trabalho, e estimam que 25% da população mundial já experimentou sintomas do *stress* ocupacional pelo menos uma vez na vida (Filho; Almeida, 2016) in Ribeiro (2018).

Dados da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho(EU-OSHA) (2013) cujo objetivo era debruçar-se sobre as causas de *stress* ocupacional a nível europeu, revelaram que 51% dos profissionais da União Europeia referiram a existência de *stress* no seu trabalho.

Segundo os dados do estudo aos cidadãos europeus, o número de horas, o volume de trabalho e a insegurança foram apontadas como as maiores causas de *stress* no trabalho, sendo que as mulheres são as que se sentem mais afetadas pelo problema.

Portugal é o sétimo país com mais *stress* no trabalho da Europa, segundo esse mesmo estudo. Os Portugueses são dos que mais sofrem de *stress* laboral na Europa. A taxa de incidência de *stress* no trabalho apurada em Portugal foi de 59%. As razões apontadas pelos portugueses para o *stress* no trabalho são por ordem decrescente: as horas/volume de trabalho; a reorganização do trabalho ou insegurança no trabalho; a falta de apoio por parte dos colegas e chefes; a intimidação ou o assédio; a falta de clareza nas funções e responsabilidades e por fim a falta de oportunidade de gerir a sua forma de trabalhar.

Para os profissionais europeus inquiridos, o *stress* para a maior parte é visto como uma situação habitual no seu local de trabalho, alguns também aferem que o assunto não

é abordado corretamente pela entidade empregadora. Situações como assédio moral, falta de clareza sobre funções e responsabilidades ou limites à gestão do seu próprio trabalho, são também algumas das causas apontadas para o *stress* laboral.

O Conselho Das Comunidades Europeias, ciente de que o combate ao *stress* ocupacional tem que ser uma prioridade criou a Diretiva do Conselho de 12 de junho de 1989 (89/391/CEE) que tem por objetivo a aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho. Para esse efeito, a presente diretiva inclui princípios gerais relativos à prevenção dos riscos profissionais e à proteção da segurança e da saúde, à eliminação dos fatores de risco e de acidente, à informação, à consulta, à participação, de acordo com as legislações e/ou práticas nacionais, à formação dos trabalhadores e seus representantes, assim como linhas gerais para a aplicação dos referidos princípios.

Em Portugal a promoção da segurança e saúde no trabalho tem enquadramento legal, sendo regulamentada ao nível da Lei de Bases da Saúde Lei. nº 102/2009 de 10 de setembro. A presente lei regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho, de acordo com o previsto no artigo 4.º do Código do Trabalho, que afere no que respeita à prevenção:

“i) «Prevenção» o conjunto de políticas e programas públicos, bem como disposições ou medidas tomadas ou previstas no licenciamento e em todas as fases de atividade da empresa, do estabelecimento ou do serviço, que visem eliminar ou diminuir os riscos profissionais a que estão potencialmente expostos os trabalhadores;”

Na área da saúde, o programa de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados (CHKS de 2016), inclui a norma ISO 7.18 referente a política para a gestão de *stress* e o bem-estar do pessoal no local de trabalho. Essa política define a forma como os fatores de *stress* são reconhecidos e monitorizados, quais as ações tomadas para reduzir o *stress* e que apoio está disponível para o pessoal que não consegue trabalhar devido ao *stress*.

Ainda na mesma linha de pensamento a Direção Geral da Saúde também com o Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite uma norma que estabelece o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) para o 2º Ciclo 2013/2017,

reforçando e impulsionando a ação nacional quanto à proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, numa perspectiva de melhoria contínua.

Trata-se de um instrumento que se encontra alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, assim como com a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde do Trabalho, e que pretende responder às necessidades, crescentes e emergentes, de intervenção em saúde no contexto laboral, visando promover o “valor da saúde” e a qualidade de vida no trabalho, através de ambientes de trabalho saudáveis e da melhoria da cobertura e qualidade dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho.

Segundo a revisão da literatura, Cooper (1986) in Melo [et.al], (1997), aferem que o *stress* ocupacional afirma-se como uma consequência resultante da incapacidade de lidar com as fontes de tensão laborais, criando problemas a nível individual e organizacional. Os sintomas individuais do *stress* ocupacional expressam-se através de problemas de saúde física e mental, de alterações no humor, do consumo excessivo de tabaco e álcool e de diversas queixas sintomáticas (Traver e Cooper, 1993). Por outro lado, as consequências ou efeitos organizacionais podem envolver os seguintes aspetos: elevado absentismo e turnover, diminuição do rendimento, da produtividade, da motivação e da satisfação laboral (Melo [et.al], 1997).

Na perspetiva de Pines (1993) qualquer pessoa pode sentir-se em *stress*, contudo, o *stress* ocupacional é normalmente vivenciado por aqueles indivíduos que entram para as suas carreiras com elevadas expectativas, motivação e investimento pessoal e sentem-se futuramente defraudados nos seus objetivos. Esta situação geralmente acontece num ambiente de trabalho em que o que se faz é menosprezado e em que há também conflitos com colegas. O mesmo autor salienta que uma pessoa pode sobreviver num emprego exigente e com *stress* desde que sinta que o seu trabalho é significativo e apreciado.

As mudanças que se tem vindo a observar no mundo do trabalho referidas por Neves (2007) in Pinheiro (2011) acarretam insegurança no emprego e aparecimento de contratos precários. O mesmo autor afere que perante as súbitas alterações tecnológicas e as fortes exigências relativamente à eficiência, à competitividade e à melhoria, amplificaram-se as pressões no trabalho, tendo como repercussões elevados níveis de *stress* ocupacional.

Na perspetiva de Bianchi (2010), o *stress* constitui o reconhecimento por parte de um trabalhador, da sua inabilidade ou incapacidade para enfrentar as exigências

relacionadas com o trabalho e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento.

Por sua vez, Ismail, Yao e Yunus (2009) referem que o *stress* ocupacional é conceptualizado tendo em conta dois fatores principais: o *stress* fisiológico e o *stress* psicológico. A parte fisiológica do *stress* é caracterizada por uma reação do organismo perante determinados stressores presentes no meio laboral. Por outro lado, o *stress* psicológico deve-se a exposição continuada a stressores no local de trabalho (Gunnar e Quevedo, 2007) e é caracterizado por uma reação emocional negativa (ansiedade, depressão, burnout, alienação no trabalho, hostilidade e irritabilidade).

Para Rosa (2013), a aceleração do ritmo de vida tem efeitos nefastos na vida profissional. O trabalhador está sujeito à intensificação do trabalho, à constante pressão de tempo, à multiplicidade de tarefas a realizar em simultâneo e à necessidade de uma aprendizagem constante apenas para manter o *status quo*.

Enfermeiros, polícias, médicos, professores e psicólogos são algumas das profissões que apresentam índices de *stress* laboral mais elevados em Portugal segundo as conclusões de um artigo publicado pela revista “Fatores de Risco” da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Neste contexto, a identificação dos fatores de *stress* torna-se uma prioridade.

2.1. Os fatores organizacionais indutores de *stress*

Um dos principais objetivos em estudar o *stress* ocupacional, consiste na identificação das suas causas relacionadas com a organização e a relação destas com a produtividade e com a saúde dos trabalhadores. Assim segundo Ramos (2001), a classificação das fontes organizacionais de *stress* foram enquadradas segundo algumas categorias: as condições físicas de trabalho; as características do trabalho; o papel na organização; a estrutura e o clima organizacionais; o relacionamento interpessoal; a carreira profissional e os fatores extrínsecos ao trabalho.

Relativamente às condições físicas de trabalho sabe-se que é um fator importante para atingir uma maior realização e até maior rendimento. Assim, a iluminação no contexto de trabalho deve ser otimizada. Segundo Quick [et.al], (1992), os ambientes de trabalho defeituosamente iluminados podem causar *stress*, sendo as dores de cabeça e os

estados de nervosismo os seus mais comuns indicadores. No contexto do BO, a iluminação artificial, uma vez que em muitas situações a luz natural é escassa, deve ser cuidada dado o facto do trabalhador permanecer aí por longos períodos sem acesso ao exterior.

A temperatura é outro aspeto a ter em conta. Uma temperatura adequada é essencial à sensação de conforto e ajuda a evitar complicação do pós-operatório. Lopes (2011, p.9) in Tavares (2014) considera que “a normotermia Perioperatória é importante para a segurança e satisfação do doente e resultados cirúrgicos positivos”.

O ruído ambiental decorrente do funcionamento de máquinas é outro aspeto que deve ser considerado. Chiavenato (2005) considera que conversas entre pessoas e telefones, contribui para o *stress* em 54% das atividades de trabalho. Serra (2011) corrobora essa ideia afirmando que a exposição ao ruído prejudica a execução de tarefas que exigem minúcia e cuidado. Segundo o autor sintomas como a fadiga, dores de cabeça, irritabilidade e dificuldade de concentração são sinais observáveis nesse contexto. Na perspetiva de Hasfeldt, Laerkner e Birkelund (2010) in Tavares (2014) o ruído no bloco operatório é um fator de *stress*, logo deve, sempre que possível, ser evitado ou diminuído. Nos estudos evidenciados pelos mesmos autores, as fontes de ruído identificadas foram as fontes relacionados com os equipamentos e fontes relacionados com o comportamento dos profissionais.

Relativamente às características do trabalho, é possível isolar algumas características comuns a todos os trabalhos e que funcionam como fatores potenciais geradores de *stress*. A sobrecarga de trabalho, refere-se ao excesso de trabalho, ou seja, ao elevado número de tarefas a desempenhar.

Muitas vezes, este tipo de sobrecarga está associado à falta de tempo, designando-se por sobrecarga quantitativa, que pode ser traduzido pela expressão “ter muito trabalho para fazer” (Ramos, 2001). O excesso de trabalho está relacionado com a escassez de tempo para o realizar, originando muitas vezes horários alargados e a necessidade de levar trabalho para casa.

Já a sobrecarga qualitativa, refere-se ao “trabalho muito difícil”, que acontece quando as pessoas não têm os conhecimentos e as competências adequadas para cumprir determinada tarefa, ou quando a tarefa é de grande complexidade (Cartwright e Cooper, 1997). As profissões que assentam na relação humana como é o caso dos médicos,

enfermeiros, professores, psicólogos, apresentam uma sobrecarga qualitativa, na medida em que lhes é acarretada uma exigência acrescida. De facto, estes profissionais além das competências e dos conhecimentos técnicos adquiridos também lhes é exigida habilidade no relacionamento interpessoal (Ramos, 2001).

A autonomia de decisão é outro ponto importante referido por Theorell (2006). Segundo esse mesmo autor, é importante o individuo ter o controlo sobre a situação que esta a viver, caso contrário, pode ficar exposto a humilhações suscetíveis de lhe determinarem reações psicofisiológicas que se forem mantidas por longo tempo, podem fazer surgir a doença.

O ritmo de trabalho é uma situação que pode ser confrontada no contexto do BO. Quando ocorre uma emergência o ritmo de trabalho intensifica-se obrigando o profissional a uma resposta rápida e eficaz as solicitações que lhe são impostas. Outro ponto referido por Ramos (2001), é a necessidade de um horário de trabalho por turnos. Pois é necessário para que determinados serviços estejam permanentemente disponíveis, como é o caso dos hospitais, bombeiros, polícias e até transportes públicos, que se trabalhe 24 h sobre 24. É de salientar que se por um lado o trabalho por turnos permite gozar de uma maior disponibilidade de tempo em termos sociais, por outro lado quando essa modalidade perdura por um período de tempo prolongado pode acarretar consequências negativas e crónicas ao organismo, desorganizando o seu ritmo circadiano.

Outro ponto importante referido por Gonçalves (2013), é o papel que tem as organizações. Segundo o mesmo autor, as organizações enquanto unidades sociais são constituídas por indivíduos que se relacionam entre si. No entanto, é necessário a existência de normas explícitas e ocultas que definem essas relações.

Assim neste contexto, a ambiguidade do papel pode ser um dos fatores indutores inerente ao papel organizacional. Nem sempre é indicado ao indivíduo com clareza e de uma forma concreta, quais são as funções que tem de cumprir, podendo levá-lo à sobreposição de competências com outras pessoas, Gonçalves (2013). Assim Ramos (2001) referindo-se a vários autores verificou uma relação significativa entre a ambiguidade do papel e sintomas, tais como: humor depressivo, baixa auto-estima, insatisfação profissional, reduzida motivação, absentismo, ansiedade e abandono do trabalho.

O conflito de papéis por sua vez acontece quando o indivíduo se vê confrontado com expectativas divergentes sobre o seu papel. Trata-se de uma situação indutora de *stress* bastante comum no mundo do trabalho e pode corresponder a mais do que uma situação (Robbins, 1998) in Gonçalves (2013). A responsabilidade inerente ao papel desempenhado numa organização está relacionada habitualmente com coisas ou pessoas Gonçalves (2013). No entanto segundo Marshall (1980), in Ramos (2001) algumas profissões ilustram de forma exemplar a pressão causada pela responsabilidade por pessoas, sendo uma das principais fontes organizacionais de *stress*, caso esse, dos enfermeiros que são responsáveis pela vida das pessoas.

Relativamente ao clima organizacional, são observadas mudanças nos locais de trabalho. Segundo Hartley (1995) referido por Serra (2011), a incerteza, os avanços tecnológicos, a distribuição do trabalho e as taxas de desemprego são algumas das situações indutoras de *stress* que podem afetar a saúde física e mental do trabalhador. As novas tecnologias, cada vez mais fazem parte do nosso dia a dia acabando por colocar novas exigências ao indivíduo na sua prática profissional.

A comunicação organizacional e interpessoal tem sido alvo de atenção por parte das organizações, já que a sua melhoria e promoção têm levado a um aumento do rendimento. A comunicação é não só o principal meio psicossocial do trabalho como também pode ser considerado como o instrumento capital da relação humana. Ramos (2001) refere ainda que quando esta é pobre ou incompleta entre chefias e subordinados, surgem situações indutoras de *stress*. O trabalho em equipa também tem sido uma aposta das organizações já que se tem verificado um aumento do rendimento e empenho dos colaboradores, Gonçalves (2013).

Na perspetiva de Ramos (2001) o trabalho em equipa é muito importante uma vez que favorece a produtividade, a participação na tomada de decisões, a resolução de problemas, a motivação, o comprometimento com a organização, a qualidade do trabalho, a identidade profissional e o suporte social. Segundo o autor um dos principais méritos das equipas de trabalho é o seu potencial papel na prevenção do *stress*.

As relações interpessoais podem ser consideradas como um dos fatores com maior influência no *stress*. Assim o relacionamento entre colegas é muito importante para a definição de um bom clima de trabalho. Segundo Ramos (2001), as relações precárias, fracas ou pobres entre colegas de trabalho estão associadas a sentimentos de ameaça, desconfiança, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia. Segundo o autor, na

ausência de coesão do grupo a comunicação não será seguramente franca, aberta e interessada, o que contribuirá para o desenvolvimento de conflitos interpessoais.

Quanto ao relacionamento com os superiores hierárquicos na perspectiva de Ramos (2001) o *stress* poderá surgir nas situações de liderança autoritária, distante e diretiva. As chefias, devido à responsabilidade acrescida por pessoas e bens, costumam enfrentar mais situações de *stress*. O *stress* experienciado poderá refletir-se na relação que estabelecem com os subordinados, prejudicando, ou perturbando as suas competências comunicacionais, impõe-lhes exigências suplementares.

A relação com os funcionários por sua vez também pode ser motivo de *stress*. É importante manter uma boa relação com eles assim como um bom ambiente de trabalho. Neste sentido segundo Ramos (2001), os superiores devem possuir boas competências de relacionamento interpessoal e mostrar disponibilidade para o mesmo. Estar disponível para ouvir de forma atenta os subordinados, compreendê-los, mostrar interesse e dar-lhe respostas adequadas de forma a garantir o bom funcionamento do seu serviço.

E por fim, a articulação entre a família e o trabalho assim como os acontecimentos importantes de vida podem ser outras fontes de *stress* que atuam sobre o indivíduo que trabalha. Ramos (2001), corrobora essa ideia afirmando que as preocupações e sofrimentos exteriores ao trabalho manifestam-se no trabalho, mas o inverso também não é inegável. Relativamente a articulação entre o trabalho e a família na perspectiva de Gonçalves (2013), essa pode tornar-se uma fonte de *stress*. Os acontecimentos extraordinários que alteram o curso normal da estabilidade da vida impondo uma necessidade constante de adaptação, podem ser vistos como uma fonte de *stress*. Nem sempre essa adaptação se faz com facilidade, por vezes ela implica transformações e readaptações na personalidade dos indivíduos. Desemprego, morte de familiares, divórcio, são exemplos de situações as quais podemos estar sujeitos. Assim Ramos (2001) afere que estes acontecimentos suscitam naturais vivências de *stress* que se mantêm para lá do fim da sua ação, concorrendo frequentemente para o surgimento de doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares e depressão.

2.2. O *Stress* ocupacional nos profissionais da saúde

Os serviços de saúde são organizações que visam as necessidades dos utentes, pelo que se esquecem muitas vezes dos profissionais e das condições de trabalho destes.

Esses serviços traduzem-se em sistemas complexos em que existe um confronto constante com situações emocionalmente intensas entre os profissionais de saúde envolvidos, pautadas pela doença e pela morte e que causam situações de ansiedade e de tensão, contribuindo em grande parte para a ocorrência de acidentes de trabalho, episódios de *stress* intenso, bem como fadiga física e mental.

Segundo Queirós [et.al], (2011) os profissionais de saúde são considerados um grupo vulnerável ao *stress*. Neste sentido é importante promover a sua saúde de modo a prevenir situações de *stress* que não só prejudicam os cuidados prestados aos utentes, mas também implicam custos a nível das instituições, como absentismo, insatisfação profissional, doenças físicas ou psicológicas entre outras.

Santos (2010) refere que as instituições de saúde, particularmente os hospitais e centros de saúde, constituem ambientes de *stress* ocupacional, que contêm especificidades organizacionais normalmente associadas com o *stress*, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional (Calhoun, 1980; Rodrigo, 1995; in McIntyre e Silvério, 1999).

Ainda segundo Pinheiro (2011) os efeitos negativos do *stress* na saúde e bem-estar têm sido estudados em vários grupos de profissionais, no entanto, existem razões especiais para constituir os profissionais da saúde como um grupo particularmente afetado pelo *stress* (Quick [et.al], 1992; Melo [et.al], 1997). Estes profissionais são considerados um grupo de risco, devido ao facto de estarem sujeitos a situações de maior exaustão emocional e despersonalização, lidando constantemente, com situações stressantes de casos de deficiência, lesões graves, sofrimento, dor física, trauma e morte dos pacientes (Quick [et al.] 1992; Sauter e Murphy, 1995).

Na perspetiva de Machado (2013) referindo-se a Serra (2000), alguns profissionais ocupam o topo das profissões geradoras de *stress*. Segundo o mesmo autor, enfermeiros e médicos fazem parte dos profissionais cuja profissão gera *stress*. Estes profissionais, que mantêm durante muito tempo uma relação de ajuda e interação com os outros, estão mais sujeitos a desenvolver problemas de saúde mental.

Gomes (2014), num estudo comparativo sobre *stress* ocupacional em médicos e enfermeiros a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, obteve resultados que apontaram avaliações gerais de *stress* mais elevadas

nos médicos do que nos enfermeiros, valores de *burnout* semelhantes em ambas as classes e maior insatisfação pessoal e profissional nos enfermeiros. Recentemente, um estudo realizado pela Ordem dos Médicos Portugueses apontava no mesmo sentido: cerca de metade dos enfermeiros e médicos (47,8%) mostravam elevados níveis de *stress* laboral, identificando as más condições de trabalho como a principal causa para o aumento do *stress* imposto pelo exercício da sua profissão.

2.3. *Stress* ocupacional na enfermagem

O estudo da saúde ocupacional na área da enfermagem procura identificar o que contribui para o crescimento do *stress* e sua origem nos profissionais de enfermagem, visto, como já referido anteriormente, que esta profissão é considerada bastante desgastante devido a imensa carga emocional e física a qual estes profissionais estão expostos.

Segundo Dias [et.al], (2005) o enfermeiro que atua em ambiente hospitalar está sujeito a algumas particularidades do trabalho que o podem levar à desmotivação. Assim, do ponto de vista do autor, o tipo de trabalho (horário, ritmo, conteúdo, controle, uso de habilidades), as relações interpessoais e grupais (tipos de relações com superiores, com colegas, com os pacientes) assim como o desenvolvimento da carreira (insegurança no trabalho) são particularidades a ter em conta.

Gomes [et.al], (2009), aferem que os estudos têm vindo a evidenciar que os enfermeiros representam uma classe profissional particularmente exposta a elevados níveis de pressão e *stress*.

Na perspetiva de Pereira (2010), a enfermagem é uma profissão que exige muita dedicação uma vez que compreende atividades muito stressantes executadas num meio onde as pessoas estão doentes ou debilitadas, o que se reflete num elevado índice de *stress* no ambiente de trabalho.

De acordo com Ferreira (2010), em função de todo o desgaste físico e psicológico, a Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de desgaste físico e psicológico.

Há um investimento claro na humanização dos cuidados de saúde, mas há um enorme desfasamento face as condições de trabalho e a motivação dos profissionais, sendo colocada a tónica no saber e no saber-fazer. Assim segundo Rosa (2013), o “ser”, “saber ser” e o “saber-estar”, ficam descorados desta dinâmica da preocupação das organizações e até dos sistemas políticos vigentes. É aí que: “reside o paradoxo, pois é necessário que acreditem o bastante para realizarem o seu trabalho e para desejar lutar quando tudo parece já perdido, mas que não acreditem excessivamente para que a queda não seja demasiado dura” (Delbrouck, 2006, p.20).

Em julho de 2016 a Ordem dos Enfermeiros publicou na sua revista “Cuida”, um artigo que vai precisamente ao encontro dessa preocupação do *stress* no trabalho, sendo que nesse mesmo texto se conclui que a “esmagadora maioria trabalha sobre stress”.

O trabalho dos profissionais de saúde é habitualmente descrito na literatura como “inerentemente stressante”, devido a um conjunto alargado de aspetos comuns a todos esses profissionais e que funcionam como fatores potenciais geradores de *stress* tais como:

- A sobrecarga de trabalho. Este é talvez um dos clássicos stressores organizacionais. Por norma, a sobrecarga de trabalho refere-se ao excesso de trabalho, ou seja, ao elevado número de tarefas a desempenhar, Ramos (2001);
- O excesso de trabalho com as respetivas pressões de tempo;
- Os horários longos de trabalho;
- Os hábitos deficitários de sono;
- As elevadas expetativas de rendimento;
- Os problemas de comunicação no seio da equipe. Para Hearly e Mckay, assim como para Stacciarini e Trócoli in Batista e Bianchi (2006), os fatores de *stress* relacionados com a enfermagem e o seu trabalho prendem-se com problemas de comunicação com a equipa, aspetos inerentes às unidades, à assistência prestada, à interferência do trabalho na vida pessoal e familiar, à atuação do enfermeiro, à carga de trabalho, os conflitos internos e a indefinição do papel profissional.
- A vinculação à organização, pode também ser determinante uma vez que a estabilidade oferecida pelo tipo de contrato difere (Palha,2013). Segundo Pereira (2010), os enfermeiros contratados por tempo indeterminado apresentam maiores níveis de satisfação do que os enfermeiros contratados a termo certo. No estudo de Castro [et.al], (2011) também se chegou a conclusão que a

precariedade associada à situação laboral surge como um fator de insatisfação no trabalho.

Já não cabe dúvida de que os profissionais de saúde exercem a sua atividade laboral em contextos de grande exigência profissional e em condições de trabalho frequentemente difíceis. A prestação de cuidados a pessoas em sofrimento, aliado à falta de recursos materiais ou humanos, acabam por facilitar o aparecimento de *stress* e prejudicam a qualidade de serviço prestado aos utentes. Inúmeros autores demonstraram os cuidados de saúde como atividade geradora de *stress*, alertando para a necessidade de cuidar de quem cuida (Freudenberger, 1974; Buunk, Zurriaga & Peiró, 2010) in Queiros [et.al], (2011).

Pois neste sentido, uma das consequências da multiplicidade de exigências laborais é o surgimento do *burnout*. De acordo com Shirom e Melamed (2006), in Machado, (2013), o *burnout* deve ser entendido como um estado efetivo caracterizado pela exaustão emocional, fadiga física e cognitiva. Este instala-se a partir de vivências de *stress* no trabalho que confrontam a pessoa com um desajustamento entre as suas motivações e expectativas e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer.

A OMS considera a síndrome de *burnout* como um dos problemas de saúde mais graves da atualidade. Segundo Machado (2013), esta síndrome é um fenómeno que afeta os profissionais de saúde e que tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes e ainda na adesão ao tratamento.

2.4. O *Stress* ocupacional nos Enfermeiros Perioperatórios

Segundo Oler [et.al], (2005), alguns setores do hospital são considerados mais desgastantes do que outros devido a uma maior carga de trabalho, e entre estes, está o BO.

Na perspetiva de Camilo (2007) in Perdigoto (2017), o BO é considerado uma área hospitalar de elevado nível de risco uma vez que a sua atividade é complexa, stressante e com equipas multidisciplinares em contínua relação num ambiente fechado. Trata-se de um serviço onde há necessidade constante de se tomarem decisões imediatas e onde os riscos naturais têm maior probabilidade de ocorrerem.

De acordo com a AESOP (2006, p.20), um BO é uma unidade orgânico-funcional autônoma que reúne meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésico/cirúrgicos especializados a doentes total ou parcialmente dependentes, com o intuito de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. Trata-se de uma unidade bastante dispendiosa dada a tecnologia, os materiais utilizados, assim como a especificidade dos procedimentos efetuados e a demorada formação dos seus profissionais. Perdigoto (2017), corrobora essa ideia referindo ainda que a nível do serviço, os custos mais importantes, advêm da substituição de elementos no serviço, da substituição ou reparação de material ou equipamento, da frequente necessidade de formação/auto-formação sobre riscos e equipamentos de proteção individual assim como o custo elevado devido aos pagamentos de baixas.

Contudo, citando Fonseca (2007), também é considerado, como uma das maiores “fontes de rendimento” de um hospital, pois quanto maior for o número de cirurgias efetuadas, maior o orçamento atribuído ao hospital em causa. O BO representa cerca de 60% da atividade do hospital, consome cerca de 10 a 15% do seu orçamento e ocupa cerca de 4,8% da área do hospital. Este serviço tem por si só custos fixos elevados, devido às instalações próprias, ao equipamento específico quase sempre de última geração, assim como pelo pessoal diferenciado que nele trabalha.

Devido a alta complexidade desse serviço, houve necessidade no início do século XX recorrer a alguém, não médico, com conhecimentos e destreza técnica em matérias e procedimentos necessários às cirurgias para colaborar no ato cirúrgico (AESOP, 2006). Foi assim fundada nos Estados Unidos a AORN (*American Association of Operating Room Nurses*). Esta associação, enuncia em 1978, pela primeira vez, o conceito de Enfermagem Perioperatória, (AESOP, 2006, p 6):

“A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. (...) O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia”.

Em Portugal, funda-se a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) no ano de 1986. É uma organização que tem como objetivo promover a melhoria dos cuidados de saúde no âmbito do BO, ao mesmo tempo que organiza e promove formação profissional nessa área de cuidados. A AESOP fundamenta a sua existência numa filosofia de Cuidados Perioperatórios, sendo a pessoa o alvo dos cuidados de enfermagem. Segundo a AESOP (2006, p. 8):

“a missão do Enfermeiro Perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos de qualidade, tanto no bloco operatório como noutros locais onde se realizam procedimentos invasivos”.

Vai ainda mais além, defendendo que, (AESOP, 2006, p. 8):

“o trabalho do enfermeiro tem que ser orientado pelo e para o doente; este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado, no sentido de garantir a sua segurança física e emocional”.

Segundo o relatório da avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios (2013), os Cuidados Perioperatórios seguros, eficazes e de qualidade estão diretamente relacionados com dotações corretas em termos quantitativos (carga laboral) e qualitativos (nível de qualificação) de profissionais de saúde concorrendo ainda outras variáveis como “...o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, ...a combinação do pessoal de saúde” (O.E, 2010).

Relativamente ao funcionamento do BO, são necessários, para cada sala operatória, uma equipa constituída por três Enfermeiros Perioperatórios com conhecimentos e habilitações para desempenharem funções na área da Anestesia, da Circulação e da Instrumentação. Durante o período intraoperatório estes profissionais têm funções distintas que vão desde a receção do doente, a preparação da sala operatória e de todo o material necessário para a cirurgia, o posicionamento do doente na mesa operatória adequado ao tipo de cirurgia a efetuar, a prevenção de riscos para o doente, cumprem e fazem cumprir as regras da assepsia, a supervisão de tudo o que se passa ao redor do

doente, a instrumentação que impõe o conhecimento de instrumentos variados e de técnicas cirúrgicas bem como a destreza na arte de instrumentar, organizando, gerindo e controlando a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa.

Além destas três áreas, os Enfermeiros Perioperatórios atuam no recobro ou Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que corresponde ao período pós-operatório, onde o doente recupera após o ato cirúrgico e anestésico. Estas unidades são altamente especializadas, voltadas para a monitorização e vigilância durante um curto, mas crítico período de tempo que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica e no qual o doente se encontra muito vulnerável (Gonçalves, 2013).

O Enfermeiro Perioperatório põe em prática os seus saberes específicos antes, durante, e após a cirurgia, desenvolvendo as suas funções de prestador de cuidados, advogado do utente, de líder, de investigador e de educador.

Assim de acordo com a AESOP, (2006), o Enfermeiro Perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar e, como advogado do doente, deverá ainda assegurar um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de “boas práticas”. Em nenhum outro lugar o papel de advogado do doente é um desafio tão importante, pois o doente confia na equipa cirúrgica para resolver as suas necessidades físicas e psicológicas.

Já como investigador, o enfermeiro preocupa-se em aumentar os seus conhecimentos em relação à prática e aos dispositivos médicos que utilizam. Este aporte de conhecimento é baseado na investigação científica.

Na perspetiva de líder, o Enfermeiro Perioperatório é o mediador de todos os elementos da equipa. Deve ajudar os outros a crescer profissionalmente e a desenvolver as suas capacidades. Por outro lado, se executando funções de educador, aquele estará envolvido na educação não só dos doentes e seus familiares, mas também dos colegas, estudantes e sociedade em geral, com a esperança de marcar a diferença entre o enfermeiro tecnicista e o enfermeiro “orientado para o doente”, envolvido em todos os aspetos do cuidar.

No BO, o trabalho desenvolvido é complexo e intenso no sentido de prestar cuidados a doentes em estado crítico. A OE afere ainda, (2010, p1):

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Nas situações de emergência, a resposta do Enfermeiro Perioperatório deve garantir a segurança do doente e dos profissionais a atuar, mantendo a comunicação entre os vários profissionais, que nas situações de emergência, assume ainda mais relevância.

Fonseca (2007) corrobora essa ideia afirmando que o trabalho em equipa faz parte da sua dinâmica, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que integram essas equipas multidisciplinar que prestam cuidados altamente especializados aos utentes.

Vargas (2010, p.19) sublinha ainda que: “Num bloco operatório é necessário estar preparado para mudanças rápidas e inesperadas, as emergências ocorrem com frequência, o tempo de reação é fundamental para dar resposta a essas situações de forma eficaz e eficiente”. O trabalho desenvolvido no BO vai, pois, de encontro ao pensamento de Vargas, na medida em que é complexo e intenso no sentido de prestar cuidados a doentes em estado crítico, requerendo dos enfermeiros a aquisição de conhecimentos contínuos e grande resistência ao *stress*. Neste sentido há uma crescente preocupação dos enfermeiros em melhorar a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se na humanização e personalização do atendimento à pessoa cuidada, promovendo a sua segurança e a sua saúde (Rebelo, 2013).

Assim, o enfermeiro que exerce funções no BO, está integrado numa equipa multidisciplinar, envolvido num ambiente de elevado nível tecnológico, onde os riscos operatórios existem, com a ocorrência de erros, a presença do *stress*, e a possibilidade da ocorrência da tão mencionada síndrome de esgotamento profissional, o Burnout.

Vários autores debruçaram-se sobre as situações indutoras de *stress*, e segundo Cruz (2004) as mais frequentemente sentidas no BO estão relacionadas com:

- A pressão do tempo, principalmente nas cirurgias de urgência. Na mesma linha de pensamento, Esteves [et.al], (2016) aferem que a atividade de enfermagem no BO é vista como sendo complexa, plena de variação e incerteza, interdisciplinar, com forte

dependência da atuação individual e desenvolvida em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress*;

- As complicações intraoperatórias e preparação do material cirúrgico, que exige grande dinamismo e capacidade de resposta rápida;
- A carência de pessoal em grande parte pela dificuldade de integração, e por serem locais muito isolados e fechados;
- As situações imprevistas, como é o caso das avarias dos equipamentos eletrônicos, instrumentos cirúrgicos necessários não esterilizados, rutura de stock de material;
- As alterações do plano cirúrgico exigindo a preparação de novos materiais e equipamentos, contando com a capacidade de improviso e agilidade dos profissionais;
- Aos conflitos de personalidade que acontecem com frequência pelo número elevado de elementos da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro funciona como elo de ligação. É exigido ao Enfermeiro Perioperatório além de conhecimento científico, responsabilidade e habilidade técnica, estabilidade emocional e conhecimento de relações humanas para enfrentar os conflitos que são frequentes pela diversidade dos profissionais (Stumm; Maçalai; Kirchner 2006). Os achados destes autores mostram que o enfermeiro que exerce funções no BO relaciona-se com profissionais heterogêneos e este pode ser um dos fatores geradores de conflitos, divergências e insatisfações, que evolui para o *stress*. O enfermeiro necessita interagir continuamente para que o trabalho possa ser realizado de forma eficiente e eficaz. Vargas 2010 refere ainda (p.19): “O rápido advento tecnológico aliado à interdependência de tarefas são fatores altamente facilitadores do aparecimento de conflitos”;
- Os fatores ambientais, como a utilização de gases anestésicos, pouca ou nenhuma luz natural, o próprio vestuário que tem de ser utilizado (barrete e máscara cirúrgica), as radiações, as diferenças de temperatura, a exposição ao barulho entre outros;
- A falta de comunicação com colegas de outros serviços (isolamento em relação ao exterior). Serviço mais restrito com o objetivo de prevenir infeções, o BO tornou-se um setor fechado com rigorosas técnicas assépticas que devem ser constantemente observadas. Esta particularidade restringe o profissional da interação social e, portanto, é considerado como fator ambiental que, por si só, traz desgaste físico e mental dos profissionais que ali atuam.

Martins (2004), faz ainda referencia como situações indutoras de *stress* a presença de cirurgias ofensivas, a falta de formação específica na área de Enfermagem Perioperatória, os constantes avanços da tecnologia e procedimentos, paragens cardiorrespiratórias durante o procedimento anestésico ou cirúrgico e por fim várias emergências que podem surgir ao mesmo tempo. A pressão sofrida durante a jornada de trabalho acompanhado com o aumento de serviço e responsabilidades cada vez maiores são grandes problemas aos quais os enfermeiros estão confrontados diariamente, originando fadiga física e mental, causando *stress* e comprometendo suas atividades e seu relacionamento principalmente com a equipe (Oler [et.al], 2005; Stumm; Maçalai e Kirchner, 2006).

Perdigoto (2017), acrescenta ainda, que os riscos ergonómicos consequentes de uma postura instável dos profissionais de saúde no seu dia a dia devem de ser considerados como situações indutoras de *stress*. Estas relacionam-se com a movimentação/mobilização dos utentes, com o desempenho de atividades em posições forçadas, nomeadamente muito tempo em pé, e por fim com o transporte de materiais e equipamentos pesados.

Finalizando este capítulo, é de realçar que, no âmbito das competências do Enfermeiro Perioperatório, o “saber ser” no BO implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, facilidade de adaptação e de concentração, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo do *stress* (Pinheiro, 2007).

De referir ainda, uma das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE artigo 3, p 19359) é: “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;”.

O Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, afere ainda que o enfermeiro (OE, 2018, p.19361): “Atua rápida e eficazmente a situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador;”

PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

1. Enquadramento Metodológico

Nesta segunda parte quisemos clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o nosso estudo. Procuramos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adotados tendo em conta a definição da problemática. Na apresentação do desenho do estudo, descrevemos o tipo de estudo adotado, foram apresentadas as hipóteses de investigação bem como a estratégia utilizada para a colheita e análise de dados.

1.1. Opções metodológicas e tipo de estudo

A metodologia tem uma enorme importância para a investigação científica, já que é através dela que se define quais os métodos que deverão ser utilizados de forma sistemática no trabalho para garantir os resultados mais credíveis possíveis.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 14), “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade”. A metodologia representa, assim, o corpo que orienta a pesquisa, obedecendo a um conjunto de normas, tornando possível seleccionar e articular técnicas, com intuito de desenvolver o processo de verificação empírica.

Com este trabalho pretendeu-se realizar um estudo exploratório com uma abordagem quantitativa focalizada na avaliação da percepção do *stress* dos enfermeiros do Bloco Operatório Central de um hospital da zona norte.

Este projeto de investigação arquitetou-se segundo um desenho descritivo simples, com vista a verificar a existência de *stress* ocupacional na população alvo do estudo, assim como desenhar estratégias de intervenção adequadas para trazer algumas melhorias e responder as dúvidas levantadas.

Assim sendo, decorrente da prática diária de cuidados e da necessidade de conhecer a percepção de *stress* dos enfermeiros que trabalham no Bloco Operatório, surge a seguinte questão de investigação:

Qual é a percepção de *stress* ocupacional dos Enfermeiros do Bloco Operatório Central no exercício da sua atividade?

1.2. Objetivos do estudo

A questão de partida deu origem à definição dos objetivos do estudo, a saber:

Objetivo Geral:

- Identificar o nível de *stress* percecionado pelos enfermeiros do BO Central aquando do seu exercício profissional.

Objetivos Específicos:

- Avaliar a perceção de *stress* da equipa de enfermagem no BO;
- Conhecer as fontes geradoras de *stress* desses enfermeiros;
- Conhecer as dificuldades sentidas por eles, no exercício das suas funções;
- Identificar medidas minimizadoras que esses profissionais gostariam de ver desenvolvidas;
- Identificar que variáveis interferem com a perceção de *stress* experimentado pelos enfermeiros do BO;

1.3. Hipóteses de investigação

O papel fundamental da hipótese na pesquisa é sugerir explicações para os factos. Tal como a questão de investigação, a hipótese tem em conta as variáveis-chave e a população alvo, tratando-se de um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica, Fortin (2009).

Identificado e definido o problema que se pretende estudar, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação consideradas relevantes:

- **Hipótese 1:** Espera-se que as variáveis sociodemográficas género e idade interfiram com a perceção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;
- **Hipótese 2:** Espera-se que o tempo de exercício profissional interfira com a perceção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;
- **Hipótese 3:** Espera-se que o vínculo profissional interfira com a perceção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;

- **Hipótese 4:** Espera-se que a rotatividade de turnos interfira com a percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;
- **Hipótese 5:** Espera-se que a carga horaria semanal interfira com a percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;

1.4. Variáveis de estudo

A seleção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objetivos do estudo e as questões de investigação, não devendo resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador (Richardson, 1989).

"Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação", Fortin, (2006, p.48). A variável dependente, ainda segundo Fortin (2006, p.171),

“É a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que, devido à presença da variável independente (...), é muitas vezes chamada «variável crítica» ou «variável explicada».

O presente estudo estabeleceu como variável dependente a percepção de *stress* experienciado nas situações profissionais do quotidiano dos enfermeiros do BO.

A variável independente, ainda com Fortin (2006, p. 171), é:

“(...) um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...) chamada também variável experimental, é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente”.

Neste estudo estabeleceu-se como variáveis independentes: o género, a idade, o tempo de exercício profissional, o vínculo profissional, a rotatividade de turnos e a carga horaria semanal.

1.5. População e Amostra

Na realização de uma investigação é necessário determinar o universo, ou população, onde o investigador irá testar as suas hipóteses e confirmar, ou não, a relação que estabelece com as variáveis. De acordo com Fortin (2006, p.41), “a população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Para este estudo definiu-se como população alvo todos os enfermeiros que exercem funções no BO Central de um hospital da zona norte e para a seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de exclusão: a) estar num período de integração inferior a 4 meses b) estar ausente do serviço por baixa médica no período de colheita de dados compreendido entre 18 de dezembro 2018 e 18 de janeiro 2019 e, por fim, c) estar a chefiar o serviço. Tratou-se de uma amostra intencional, pois queríamos avaliar o *stress* em todos os enfermeiros do BO. Assim, no serviço escolhido trabalham 50 enfermeiros, mas 7 destes elementos foram excluídos, de acordo com os critérios estabelecidos.

1.6. Instrumentos de colheita de dados

Para levar a cabo essa investigação foram disponibilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e profissional (Apêndice I) e a Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros (ESPE) – versão Portuguesa da *Nurses Stress Scale* de Pamela Gray-Toft e James G. Anderson, traduzida e adaptada para a população portuguesa, por José Manuel Santos e Zélia Teixeira (2008). (Anexo I).

1.6.1. Questionário sociodemográfico e profissional

O questionário elaborado para este estudo pretende recolher dados pessoais tais como: o género, a idade, se tem filhos, o estado civil, as habilitações académicas, o vínculo com a instituição, o tempo de exercício profissional e no serviço do BO, o tempo de integração no serviço, a carga horária realizada, o tipo de horário efetuado, o tipo de função que exerce no BO. Também foram colocadas duas perguntas, uma relativa à atividade no BO, no sentido de saber qual o grau de *stress* que atribui à atividade de

enfermagem, e outra relativa a sugestões de medidas, com objetivo de minimizar algum *stress* que possa vir a ser experimentado no serviço (Apêndice I).

1.6.2. Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros

Para poder avaliar as fontes de *stress*, foi utilizada a Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros (ESPE) - versão Portuguesa da *Nurses Stress Scale* de Pamela Gray-Toft e James G. Anderson (1981), traduzida e adaptada para a população portuguesa por José Manuel Santos e Zélia Teixeira (2008), que autorizaram a utilização do instrumento na presente investigação (Anexo I).

Trata-se de uma escala de autoadministração, tipo *Likert*, com 34 itens que descrevem situações identificadas como causadoras de *stress* nos enfermeiros no cumprimento dos seus deveres profissionais cujo preenchimento é passível de ser feito em aproximadamente 10 minutos. A escala tipo *Likert* mede a frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes no ambiente hospitalar. Todas as respostas têm como opção: nunca (1) até muito frequentemente (4), e o valor total varia entre um valor de *score* mínimo de 34 e um *score* máximo igual a 136, resultado do somatório do total dos itens. Esta escala avalia 7 dimensões/fatores e 3 tipos de ambientes. No que se refere aos tipos de ambientes, os fatores I, III, IV e VII estão relacionados com o ambiente psicológico; o fator VI refere-se ao ambiente físico e os fatores II e V, com o ambiente social do hospital.

Nesta escala são avaliadas as seguintes situações:

- Acontecimentos relacionados com a morte e o morrer:
 - Procedimentos dolorosos para o doente;
 - Sentimento de impotência quando não há melhorias;
 - Falar sobre a proximidade da morte;
 - Doente que morre;
 - Relação e proximidade com o doente que morre;
 - Ver um doente a sofrer;
 - Doente que morre sem médico presente.

- Acontecimentos relacionados com conflitos com médicos:
 - Crítica de um médico;
 - Conflito com um médico;
 - Medo de cometer um erro no tratamento;
 - Desacordo em relação ao tratamento do doente;
 - Tomar decisão aquando aos tratamentos na ausência do médico;

- Acontecimentos relacionados com preparação inadequada:
 - Para ajudar emocionalmente doente e família;
 - Respostas não satisfatória a questões do doente;
 - Para responder às necessidades emocionais do doente.

- Acontecimentos relacionados com a falta de apoio dos colegas:
 - Para falar abertamente sobre problemas de serviço;
 - Oportunidade para partilhar experiências e sentimentos;
 - Para expressar a outros colegas de serviço sentimentos negativos acerca dos doentes.

- Acontecimentos relacionados com conflitos com colegas e chefes:
 - Conflitos com um superior hierárquico;
 - Ser mobilizado para outro serviço na falta de pessoal;
 - Dificuldade em trabalhar com enfermeiros de outro serviço;
 - Receber críticas de um superior hierárquico;
 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro do mesmo serviço.

- Acontecimentos relacionados com a carga de trabalho:
 - Avaria informática;
 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho;
 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional;
 - Falta tempo para dar apoio emocional ao doente;
 - Falta de tempo para completar tarefas;
 - Falta de pessoal para as necessidades do serviço.

- Acontecimentos relacionados com a incerteza dos tratamentos:
 - Informação inadequada acerca das condições clínicas do doente;
 - Prescrição médica solicitando tratamento inadequado;
 - Médico ausente numa situação de emergência médica;
 - Desconhecer informação a ser dada ao doente / família acerca da clínica.
 - Duvidas quanto ao funcionamento de determinado equipamento especializado.

No que diz respeito aos 3 ambientes definidos, encontramos:

- Fatores relacionados com o ambiente físico do hospital:
 - Carga de trabalho.
- Fatores relacionados com o ambiente psicológico do hospital:
 - Morte e sofrimento;
 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares;
 - Falta de apoio dos colegas;
 - Incerteza de tratamentos.
- Fatores relacionados com o ambiente social do hospital:
 - Conflitos com os médicos;
 - Conflito com colegas e superiores.

A análise fatorial dos itens da *Nursing Stress Scale*, de Gray-Toft e Anderson (1981), realizada através de diferentes testes estatísticos, permitiu identificar sete fontes de *stress* maior correspondente a sete subescalas, a saber:

- Subescala I: “morte e o morrer”, com os itens 3, 4, 6, 8, 12, 13, 21;
- Subescala II: “conflitos com os médicos”, com os itens 2, 9, 10, 14 e 19;
- Subescala III: “preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, com os itens 15, 18 e 23;

- Subescala IV: “Falta de apoio dos colegas”, com os itens 7, 11 e 16;
- Subescala V: “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”, com os itens 5, 20, 22, 24 e 29;
- Subescala VI: “Carga de trabalho”, com os itens 1, 25, 27, 28, 30, e 34;
- Subescala VII: “Incerteza quanto aos tratamentos”, com os itens 17, 26, 31, 32 e 33.

O valor de cada subescala resulta da soma dos seus itens e quanto maior o valor, maior o nível de *stress*.

1.6.3. Características psicométricas da escala, na versão do estudo

De acordo com Ribeiro (2010), uma boa consistência interna é representada por valores superiores a 0,80, embora sejam aceitáveis valores superiores a 0,60 quando as escalas apresentam um número reduzido de itens. Os valores por nós obtidos foram interpretados de acordo com a proposta de George e Mallery (2003). A consistência interna do instrumento utilizado foi analisada através do coeficiente alfa de Cronbach e, com base na interpretação da Tabela 1, poder-se-á concluir que o indicador de consistência interna (alfa de Cronbach) na versão do nosso estudo é de (0.898), muito próximo do nível excelente, uma vez que se situa entre os níveis bom ($> 0,8$) e excelente ($> 0,9$), claramente mais próximo deste último. De referir também que os nossos resultados são muito próximos ao estudo original (0,93).

Tabela 1 - Características psicométricas da Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros

Instrumento de Avaliação	alfa de Cronbach Presente estudo	alfa de Cronbach Estudo original
ESPE	0,898	0,930

Relativamente aos valores de alfa de Cronbach de cada uma das subescalas (Tabela 2), verificamos que a subescala “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” apresenta um valor baixo, no entanto, decidimos mantê-la, dado que, considerando o número de itens, pode nestas circunstâncias ser considerado um valor aceitável (Nunnally, 1978).

Tabela 2 - Alfa de Cronbach nos diferentes fatores da escala

Tipo de Ambiente	Fatores da ESPE	alfa Cronbach original	alfa Cronbach presente estudo
Físico	VI: Carga de trabalho	0,74	0,72
Psicológico	I: A morte e o morrer	0,83	0,86
	III: Preparação inadequada para lidar com necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	0,74	0,68
	IV: Falta de apoio dos colegas	0,63	0,66
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	0,79	0,81
Social	II: Conflito com os médicos	0,70	0,70
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	0,75	0,41

1.7. Procedimento de recolha de dados

O local eleito para a recolha de dados foi o Bloco Operatório Central de um hospital da zona norte. A seleção está relacionada com o fator proximidade, facilitando assim a realização da tarefa. O primeiro passo foi efetuar os varios pedidos de autorização para a sua concretização. Assim, começamos por requerer à autorização ao autor da Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros para a sua aplicação no contexto do BO (Apêndice V), ao Sr. Presidente do Conselho de Administração (Apêndice II), bem como ao Sr. Diretor do BO (Apêndice III) e à Sra. Enfermeira Chefe (Apêndice IV) desse serviço um pedido de consentimento e um esclarecimento dos objetivos pretendidos.

Obtidas as autorizações atrás enunciadas, foi selecionada a amostra e feito o contacto com cada enfermeiro, a fim de apresentar o projeto e os objetivos do estudo, no sentido de solicitar a cada um a sua colaboração para a recolha de dados, pois a sua participação era voluntária.

Após confirmação da colaboração, através do preenchimento e devolução do consentimento assinado (Apêndice VI), foram-lhes entregues, em mão, os questionários (em envelope fechado), que posteriormente foram devolvidos ao investigador, assegurando a confidencialidade e anonimato das respostas.

A recolha foi compreendida entre os dias 18 de dezembro de 2018 e 18 de janeiro 2019. Face à solicitação de alguns membros, os inquiridos tiveram a possibilidade de preencher o questionário em casa, tendo apenas sido devolvidos 37, ficando a amostra final com um total de $N=37$.

1.8. Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados provenientes da aplicação do Questionário (Avaliação Socioprofissional e Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros), foi criada a matriz no programa estatístico *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS - versão 20.0), de acordo com o tipo de variáveis utilizadas. Introduzidos os dados, procedeu-se à verificação da matriz dos dados, com o intuito de confirmar a ausência de erros neste processo.

No que respeita aos procedimentos de análise de dados, a análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e de estatística inferencial. Seguindo as recomendações de Marôco (2014), optou-se por considerar os pressupostos do *Teorema do Limite Central* para definir os testes a utilizar. O autor propõe que, para amostras de dimensão superior a 25-30 participantes, a distribuição da média amostral seja satisfatoriamente aproximada à normal, pelo que é possível utilizar métodos paramétricos.

Deste modo, e tendo por referência os objetivos do presente trabalho, realizaram-se, em primeiro lugar, análises de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão). Estas variáveis foram descritas e comparadas entre si. Para avaliar a relação entre variáveis selecionadas foi utilizado o *teste t* para amostras independentes, o *Coefficiente de Correlação de Pearson* que permite medir o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, é um índice adimensional com valores situados entre -1,0 e 1,0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados, e o *Coefficiente de Correlação Ponto-Bisserial* para medir a correlação entre uma variável nominal dicotómica e uma variável numérica.

PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Resultados descritivos

Este capítulo refere-se à apresentação dos resultados e análise de todas as informações obtidas através do preenchimento dos questionários, iniciando-se pela análise descritiva.

1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Como se pode constatar na Tabela 3, a nossa amostra é constituída por 25 mulheres (67,6%) e 12 homens (32,4%), com idades compreendidas entre os 26 e os 60 anos ($M=44,43$; $dp=9,38$), sendo a média de idade aproximadamente de 44 anos.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica

Idade	n	%
M (DP)	44,43 (9,38)	
Min-Max	26 – 60	
Género	n	%
Feminino	25	67,6 %
Masculino	12	32,4 %
Estado civil	n	%
Solteiro	4	10,8 %
Casado	28	75,7 %
Divorciado	4	10,8 %
Viúvo	1	2,7 %
Com filhos	n	%
Não	4	10,8 %
Sim	33	89,2 %
Nº de filhos ^{a)}	n	%
M (DP)	1,51 (0,73)	
Min-Max	1-3	
Escolaridade	n	%
Licenciatura	33	89,2 %
Mestrado	4	10,8 %
Com Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem ^{b)}	n	%
Sim	11	42,3 %
Não	15	57,7 %

Participantes: n=37; a) n = 33;

b) n = 26

Relativamente ao estado civil, 75,7% dos participantes são casados; 10,8% são solteiros ou divorciados e 2,7%, viúvos. Observa-se ainda que 89,2% ($n=33$) têm filhos. O número médio de filhos é de 1,51 ($dp=0,73$) variando entre 1 e 3.

No respeitante ao nível de escolaridade, observa-se que 89,2% ($n=33$) são licenciados e 10,8% ($n=4$) mestres. Note-se que 42,3% ($n=11$) dos enfermeiros referem possuir Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem.

1.2. Caracterização profissional da amostra

No que concerne à caracterização profissional dos participantes (Tabela 4), verifica-se que 45,9% são Enfermeiros Graduados e 13,5%, Enfermeiros Especialistas, sendo que a maior parte dos participantes (62,2%) têm um Contrato de Trabalho na Função Pública, ou seja, um vínculo ao serviço público até a idade de reforma. Os Contratos Individuais de Trabalho (com vínculo ao serviço público enquanto a atividade for necessária sem necessidade de renovação) representam 37,8%. O tempo médio de trabalho é de cerca e 22,32 anos ($dp=9,02$), variando entre os 5 e os 38 anos de serviço. No BO, o tempo médio de serviço é de 16,62 anos ($dp=9,90$; Min: 3, Máx: 36).

Uma boa parte dos participantes (62,2%) foi colocada no serviço do BO por escolha própria, ainda que mais de dois terços da amostra (37,8%) estejam no serviço por escolha da instituição empregadora.

Quanto à função exercida no BO, 54,1% são enfermeiros instrumentistas ou circulantes e 45,9% enfermeiros de anestesia. O período de integração quando iniciaram funções no BO foi, em média, de 2,35 meses ($dp=1,64$), variando entre 1 e seis meses.

Relativamente à carga horária semanal, 43,2% trabalham 35 horas e 56,8% mais de 35 horas por semana. Mais de metade dos participantes (56,8%) realiza turnos consecutivos, 81,1% fazem horário rotativo e 29,7% têm outro emprego. De salientar que dos sete indivíduos que fazem horário fixo, dois fazem-no por razões particulares, um por razões de saúde e cinco por outras razões.

Por fim, quando questionados acerca do nível de *stress* da atividade no BO, 75,7% dos enfermeiros consideram que o trabalho no BO é bastante stressante e 91,7% referem a existência de medidas que poderiam minimizar o *stress* neste serviço.

Tabela 4 - Caracterização profissional

Categoria Profissional	n	%
Enfermeiro	15	40,5
Enfermeiro Graduado	17	45,9
Enfermeiro Especialista	5	13,5
Vínculo Profissional	n	%
Contrato Trabalho em Função Pública (CTFP)	23	62,2
Contrato Individual de Trabalho (CIT)	14	37,8
Tempo de exercício profissional (em anos)	n	%
M (DP)	22,32 (9,02)	
Min-Max	5-38	
Tempo de exercício profissional no BO (em anos)	n	%
M (DP)	16,62 (9,90)	
Min-Max	3-36	
Colocação no serviço do BO	n	%
Escolha propria	23	62,2
Escolha da Instituição	14	37,8
Carga horária semanal	n	%
35 horas	16	43,2
Mais de 35 horas	21	56,8
Realiza turnos consecutivos	n	%
Sim	21	56,8
Não	4	10,8
Às vezes	12	32,4
Modalidade de horário efetuado	n	%
Horário Rotativo	30	81,1
Fixo	7	18,9
Razão para fazer horário fixo (se já fez rotativo) ^{a)}	n	%
Razões de Saúde	1	2,7
Razões Particulares	2	5,4
Outras	5	13,5
Possui outro emprego?	n	%
Sim	11	29,7
Não	26	70,3
Função exercida no BO	n	%
Enfermeiro de Anestesia	17	45,9
Enfermeiro Instrumentista e Circulante	20	54,1
Período de integração quando iniciou funções no BO (em meses)	n	%
M (DP)	2,35 (1,64)	
Min-Max	1 – 6	
Nível de stress da atividade no BO	n	%
Muitíssimo stressante	2	5,4
Bastante stressante	28	75,7
Pouco stressante	7	18,9
Nada stressante	--	--
Considera haver medida (s) que possam minimizar o stress no BO ^{b)}	n	%
Sim	33	91,7
Não	3	8,3

Participantes: n = 37;

a) n = 8;

b) n = 36;

De seguida, passaremos a apresentar as **sugestões dos participantes para minimizar o stress no BO**.

Analizadas as sugestões propostas pelos participantes para minimizar o *stress* no BO (Tabela 5) no desenvolvimento da atividade de enfermagem, observa-se uma predominância clara de alguns aspetos, nomeadamente, a necessidade de mais formação (n=21), formação essa relacionada com o manuseamento de novos equipamentos cirúrgicos que vão surgindo no serviço e que exigem novas técnicas, assim como a existência de protocolos de atuação específicos para cada uma das intervenções cirúrgicas, referida por 23,3% dos participantes.

Tabela 5 - Sugestões dos enfermeiros para minimizar o *stress* no BO

Medidas propostas ^{a)}	n	%
Mais formação (material, equipamentos, cirurgias, SBV, SAV/SAV Pediátrico, casos clínicos)	21	23,3
Mais pessoal para evitar sobrecargas de horário	15	16,7
Melhoria de comunicação no seio das equipas	6	6,7
Mais recursos (melhoria serviço informático, etc.) e melhor organização do espaço físico do BO	6	6,7
Formação e atividades no âmbito da gestão do <i>stress</i>	6	6,7
Melhoria das condições de trabalho (horário e equipas fixas, maior articulação entre chefias, rácios doente-enfermeiro, gestão de conflitos)	6	6,7
Integração adequada e nas especialidades que mais gostam	6	6,7
Colaboração entre equipas/troca de experiências	5	5,6
Maior organização do plano de trabalho e da Gestão de Serviço	5	5,6
Equipas mais equilibradas em experiência/Trabalho em equipa	4	4,4
Horários iguais e mais justos (sem discriminação)	4	4,4
Protocolos de atuação (em caso de emergência, etc.)	4	4,4
Outros (mais responsabilidade e organização, organização das cirurgias de emergência e conhecimentos antecipado das cirurgias a realizar)	4	4,4

Participantes: n = 37; a) 90 sugestões

O BO é um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas e dispõe de equipamentos específicos de alta tecnologia que possibilitam a realização de procedimentos cirúrgicos altamente diferenciados. É um serviço de grande exigência técnica, tanto a nível de manuseamento dos equipamentos, como da utilização das instalações, pelo que é fundamental e importantíssima a formação

continua dos técnicos que executam esses procedimentos. Em síntese, este serviço requer a presença de uma equipa multidisciplinar altamente especializada com necessidade de atualizações contínuas dos conhecimentos teórico práticos.

Segundo a revisão da literatura, é possível confirmar com Martins (2004) que essa realidade é geradora de *stress*, pois, como defende o autor, algumas situações indutoras de *stress* estão relacionadas com a complexidade das tecnologias e procedimentos, com a falta de formação específica na área de enfermagem perioperatório, além de cirurgias ofensivas, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos preguiçosos na equipa, paragens cardiorrespiratórias (PCR) durante o procedimento anestésico ou cirúrgico, várias emergências ao mesmo tempo, problemas relacionados com a profissão de enfermagem, turnos de trabalhos intensos, carga elevada de horas de prevenção, entre outros.

Peixoto (2017) partilha da mesma opinião quanto à necessidade de formação do Enfermeiro Perioperatório, afirmando que a formação especializada nesta área é insuficiente dado que o curso de licenciatura não inclui o ensino de matérias tão extensas e complexas. Segundo a autora, a formação do Enfermeiro Perioperatório até agora tem sido realizada em contexto laboral, através da definição de um plano de integração e de formação específico ao BO onde exerce funções. A Ordem dos Enfermeiros, ciente de que a formação neste âmbito é muito importante, incluiu, através do Regulamento n.º 429/2018 – Ordem dos Enfermeiros, na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica quatro novas áreas de especialidade, entre elas a Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatório.

Outro aspeto referido pelos enfermeiros relativamente à formação é precisamente a falta dela. Atendendo à complexidade dos cuidados prestados no BO, sobretudo ao doente crítico, e ciente de que o enfermeiro tem um papel determinante na prestação desses cuidados, surge a necessidade de fazer formação, visando a atualização de conhecimentos. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, Lei nº156/2015 art.º 97, alínea a), (p.78), o enfermeiro tem o dever de:

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem”.

O mesmo Código Deontológico, no art.º 100, alínea e), acrescenta que este profissional assume o dever de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p.81); refere ainda que tem o dever de procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de, de acordo com o art.º 109, alínea c) “Manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (p.86).

Pinto (2015) in Teixeira (2018), corrobora a ideia da necessidade de formação contínua, pois, segundo o autor, os profissionais procuram aprofundar os seus conhecimentos no local de trabalho, de forma a poderem colmatar possíveis lacunas existentes na prestação de cuidados, na resolução de problemas, e como forma de melhorar as suas competências. As instituições de saúde, cientes de que a formação é importante, no âmbito do plano de formação contínua intra-hospitalar, recorrem à prática simulada clínica, através de realização de cursos de formação, nomeadamente, Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Avançado de Vida (SAV). De facto, é necessário treinar e formar os profissionais para minimizar ou detetar erros, aperfeiçoar habilidades de trabalho em equipa, treinar/ensaiar procedimentos complicados e identificar lacunas de conhecimento dos profissionais relacionados com a sua área de atuação. Como referido anteriormente, as situações de PCR podem ocorrer durante a passagem do doente pelo BO, embora, felizmente, sejam casos raros, mas quando ocorrem é necessário estar preparado para atuar de maneira rápida e eficaz e só com o treino e atualização de conhecimentos se consegue atingir essa meta.

A segunda proposta dos inquiridos, com 16,7%, relaciona-se com solução para **a falta de enfermeiros para evitar a sobrecarga de trabalho** (n=15). O facto de o período de integração ser tão longo, comparativamente a outros serviços hospitalares, deve-se em grande parte à especificidade das funções que cada enfermeiro tem que desempenhar no BO. Isto faz com que seja impossível, mediante as faltas, ir buscar pontualmente um elemento fora do BO. Num horário de trabalho de 140 horas mensais, a carga de trabalho de cada elemento é de, pelo menos, 35 h semanais, distribuídos por turnos de 6 ou 8 horas conforme os turnos de rotina / urgência, que podem ser praticados no período da manhã (das 8h às 14 / 16 horas), da tarde (das 14h / 15h30m às 20h / 23h30m) e da noite (das 23h30m às 8h30m). Situações de falta pontuais, baixas

prolongadas, aposentação de colegas que leva meses até serem substituídos, alterações de planos cirúrgicos, horários especiais tais como amamentação, acarretam um acréscimo das horas de trabalho além das 35 semanais. Vários autores citados anteriormente fazem referência a esse problema.

Outra sugestão, esta apontada por 6,7%, está relacionada com **a melhoria da comunicação no seio das equipas**, já que a comunicação não se reproduz facilmente no BO por se tratar de equipas de grande dimensão, multidisciplinares, com uma organização espacial complexa. No entanto, no BO é importante a preparação dos profissionais em áreas como a comunicação, pois esta é fundamental para um conjunto de competências que regulam as boas práticas. A prová-lo está a OMS (2009), ao defender que, tal como acontece noutros sistemas complexos, a comunicação é essencial para o funcionamento seguro e eficaz da equipa cirúrgica.

Estudos mostram que a possibilidade de ocorrência de erros ou acidentes adversos no desempenho das funções inerentes aos elementos das equipas do BO, acarretando, muitas vezes, consequências danosas para pacientes e instituições de saúde, podem decorrer da falta de comunicação e ser minimizados se ela existir associada a um verdadeiro trabalho de equipa. A prová-lo está a OMS que nomeou comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que pudessem servir de recurso para a prevenção dessas situações, concluindo ser evidente a importância da comunicação e do trabalho da equipa interdisciplinar de saúde como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. Também Martins (2015) sustenta que uma comunicação eficaz entre todos os profissionais é fundamental, dado que permite o seu efetivo envolvimento na identificação de problemas e busca de possíveis soluções com o intuito de aumentar a probabilidade de sucesso na obtenção dos objetivos definidos. Pelo contrário, quando ocorrem falhas de comunicação, podem surgir procedimentos inadequados, problemas de adesão, insatisfação dos doentes e frustração dos profissionais de saúde. Santos e Ferrão (2015) in Silva e Rodrigues (2016) justifica que o trabalho em equipa e a comunicação sejam sistematicamente referidos como fatores humanos fundamentais para a qualidade do cuidado prestado neste setor, devido, não só ao alto nível tecnológico que um bloco operatório apresenta, mas também à acentuada complexidade organizacional que implica e as especificidade de funções que exige, sendo um local privilegiado para o aparecimento de momentos de confusão, *stresse*, tensões emocionais e relacionais.

Outro ponto referido por 6,7% dos inquiridos está relacionado **com a necessidade de formação e atividades no âmbito de gestão de *stress*** como possível sugestão superá-lo ou, pelo menos, minorá-lo.

O BO, segundo Rispail (2002) in Fonseca (2007), constitui um ambiente fechado e misterioso onde os profissionais de saúde estão expostos e confrontados com situações tais como *stress*, violência, doença, morte e sofrimento, estando assim muito expostos e, portanto, necessitados de técnicas para se sentirem melhor. Cada vez mais as instituições estão sensibilizadas para a promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e, no âmbito da medicina do trabalho, essa preocupação levou à criação do gabinete de gestão de *stress* para todos os profissionais. Os psicólogos que aí exercem as suas funções desempenham um papel fundamental na intervenção e prevenção dos riscos psicossociais, nomeadamente, na gestão de *stress* ocupacional, pois contribuem para a realização do diagnóstico psicossocial dos locais de trabalho com objetivo de prevenir a ocorrência de acidentes de trabalho, riscos psicossociais e acidentes de trabalho; participam na elaboração e implementação de planos de projetos relativos à organização do trabalho, visando a redução do absentismo laboral, bem como melhorar a integração psicossocial do trabalhador; por fim, fazem a avaliação psicológica do trabalhador e se houver perturbações mentais encaminham-no para os serviços de saúde mental.

A melhoria e organização do espaço físico foi referida por 6,7% dos enfermeiros do BO (n=6). Uma melhor organização do serviço é determinante na qualidade no BO, porque gera rigor e incide na efetividade do planeamento das atividades, nomeadamente, o planeamento cirúrgico, a utilização dos recursos existentes face à capacidade instalada. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), as organizações devem contemplar a satisfação dos enfermeiros, favorecendo assim o seu empenho em proveito da qualidade. Nesse domínio, as chefias têm um papel fundamental. Compete-lhes gerir, coordenar e organizar os recursos humanos, elaborando horários e planos de trabalho de acordo com as necessidades do serviço, atendendo, também, às preferências dos membros que constituem cada equipa. Cabe-lhes então proporcionar condições favoráveis para que esses mesmos trabalhadores desempenhem as suas funções nas melhores condições.

1.3. Resultados da ESPE

Passaremos agora à apresentação dos resultados obtidos através do instrumento (ESPE) que mede a percepção de *stress* nos enfermeiros do BO. A população apresenta um valor total de 15,45 na soma dos 7 fatores numa pontuação que vai de 7 até 28. Os 34 itens que constituem a escala têm uma pontuação mínima de 1 onde a situação nunca é sentida como stressante e um máximo de 4 muito frequentemente sentida como stressante.

Assim a leitura da Tabela 6 permite verificar que o **fator mais frequentemente sentido** como stressante pelos participantes está relacionado com a **“Carga de trabalho”** (2,59), seguindo-se as situações de “Incerteza quanto aos tratamentos” (2,31) e ainda “Conflitos com os médicos” (2,21). Vem depois “A morte e o morrer” (2,17), “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” (2,10), “Falta de apoio dos colegas” (2,05), e, por fim, **o fator considerado ocasionalmente stressante é o que está associado à “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”** (2,03). (Tabela 6).

No estudo de Santos e Teixeira (2008) procurou-se igualmente conhecer junto dos enfermeiros de serviços de urgência e serviços de internamento através da ESPE quais as situações do seu quotidiano profissional que mais frequentemente eram sentidas como stressantes. O fator mais referido estava relacionado com “A morte e o morrer” (2,53), seguindo-se situações relacionadas com a “Carga de Trabalho (2,44). O fator sentido como menos stressante está relacionado com a “Falta de apoio dos colegas” (1,98). No estudo de Pereira (2018) relativamente aos fatores desencadeantes de *stress* em sala de emergência o fator VI – Carga de trabalho é o que mais contribui para gerar *stress* nos enfermeiros com uma média de 2,83. O fator sentido como menos stressante esta relacionado com o Fator IV – Falta de apoio com média de 2,00.

Relativamente ao contexto do BO, no que se refere à literatura, podemos concluir que os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos realizados A prová-lo estão os resultados de uma investigação levada a cabo por Gonçalves (2013) relacionada com a gestão do *stress* em Enfermeiros Perioperatório cuja avaliação foi feita através da *Nurse Stress Index*, em que a subescala “Carga de Trabalho” obteve uma média de 2,87, sendo a segunda subescala com mais pontuação. Assim, segundo Lipp (2010), a sobrecarga e pressão no trabalho são descritos como grandes causadores de *stress* laboral. Vargas

(2010) refere também que o profissional de enfermagem merece uma especial proteção, face à quantidade de agentes diários indutores de *stress* a que está exposto, e identifica como um dos agentes específicos de *stress* em meio hospitalar que mais afetam os enfermeiros o número de doentes que devem atender.

Tabela 6 - Perceção do nível do *Stress* Profissional em Enfermeiros no BO

Fatores	Média	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
I-A morte e o morrer	2,17	0,61	1,14	3,57
II-Conflitos com os médicos	2,21	0,56	,80	3,40
III-Preparação inadequada	2,03	0,79	,33	4,00
IV-Falta de apoio dos colegas	2,05	0,65	0,00	3,33
V-Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	2,10	0,53	1,00	3,20
VI-Carga de trabalho	2,59	0,63	1,17	4,00
VII-Incerteza quanto aos tratamentos	2,31	0,65	1,40	4,00
VALOR TOTAL	15,45	2,81	9,24	22,90

Quando tentamos perceber qual dos itens mais concorre para o *stress* na subescala “A morte e o morrer”, verificamos ser o **item 21 “ver um doente em sofrimento”** com o valor de 3,00, sendo que a maior percentagem de enfermeiros a sentem como stressante frequentemente (43,2%) e muito frequentemente (29,7%), Tabela 7. A seguir vem o item “Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos”, com uma média de 2,68, onde 54,1% responderam senti-lo ocasionalmente, 24,3% frequentemente e 21,6% muito frequentemente. Por seu turno, o item “Ausência do médico quando um doente morre” é aquele com um valor médio mais baixo (1,63), salientando-se inclusivamente que 55,6% dos participantes nunca consideram esta situação stressante. De referir que no contexto do BO são raras as situações em que não há a presença física de pelo menos um medico, o que vai ao encontro dos nossos resultados (Tabela 7).

Estes nossos resultados vão ao encontro do estudo realizado por Santos e Teixeira (2008), que concluiu que “ver um doente em sofrimento” é a que é mais intensamente sentida como stressante com uma média de 2,94. A situação menos sentida como stressante é a “Ausência do médico quando um doente morre”, com um *score* médio de 2,31. No estudo de Pereira (2018), o item 21 é igualmente o mais sentido como stressante com o valor de 2,95.

Na perspetiva de Garcia (1990), trabalhar com dor e sofrimento pode trazer graves problemas emocionais, pois o sofrimento das pessoas afeta também os profissionais.

Segundo Teixeira (2008), a morte e o sofrimento continuam a ser uma vivência bastante difícil de ultrapassar para os enfermeiros, da mesma maneira que o é para a maioria das pessoas. Gonçalves (2013) esclarece que os profissionais de enfermagem, no seu dia-a-dia, se deparam com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, que podem levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

Pereira (2018), refere que a literatura é clara nesse sentido, a enfermagem é uma profissão stressante devido à sua vivência direta e ininterrupta com o processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão e outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença.

Tabela 7 - Contributo de cada item para a percepção de *stress* na subescala: “A morte e o morrer”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
3	--	--	24	64,9	9	24,3	4	10,8	2,46
4	--	--	20	54,1	9	24,3	8	21,6	2,68
6	12	38,7	12	38,7	4	12,9	3	9,7	1,94
8	3	8,3	15	41,7	10	27,8	8	22,2	2,64
12	9	30,0	14	47,7	4	13,3	3	10,0	2,03
13	15	55,6	9	33,3	1	3,7	2	7,4	1,63
21	1	2,7	9	24,3	16	43,2	11	29,7	3,00

Item 3 - Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos

Item 4 - Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos

Item 6 - Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte

Item 8 - A morte de um doente

Item 12 - A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade

Item 13 - Ausência do médico quando um doente morre

Item 21 - Ver um doente em sofrimento

No que se refere à subescala “**Conflitos com os médicos**”, observa-se que o **item que mais concorre para o stress**, com um valor médio de 2,47, é “**Conflito com um médico**”, sendo que 50% dos participantes consideram esta situação stressante ocasionalmente e 27,8% frequentemente. (Tabela 8). No estudo de Pereira (2018), o item14 “Desacordo em relação ao tratamento do doente” com um valor de 2,40 e o que

mais concorre para o *stress* na subescala “Conflitos com os médicos”. A seguir segue-se o item “Conflito com um médico” com o valor de 2,22.

As organizações de saúde, sendo sistemas abertos, acabam por ser locais propícios à ocorrência de conflitos. Selye (1984) chegou mesmo a afirmar que aprender a viver com os outros é um dos aspetos da vida de cada pessoa que mais *stress* causa, já que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com eles.

Costa e Martins (2011) referem que, no que diz respeito ao fator “Conflitos com os médicos”, “as bases de poder exercidas pelo médico (...) apresentaram capacidade de predição significativa de *estresse*”. Segundo Delcaro (2011), os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros acontecem muito. Sabe-se que o conflito entre essas duas profissões, tidas como as principais responsáveis pelo cuidado do paciente, é causado pela associação de diversos fatores, que vão desde a constituição da equipa multiprofissional até questões económicas, sociais, culturais e a relação de poder. No contexto do BO, nuns estudos realizados por Moss (1989), chegou-se à conclusão de que os Enfermeiros Perioperatórios sofrem de *stress* moderado, apresentando como uma das situações indutoras desse *stress* a presença de cirurgões ofensivos. Vargas (2010) refere ainda que nas instituições de saúde existe um diferencial de poder entre médicos e enfermeiros, que dificulta a colaboração entre eles. E acrescenta que, quando se refere à classe médica, chega à conclusão que a criação de regras implícitas e normas informais de funcionamento nas suas funções diárias, em simultâneo com as regras e normas hospitalares, fomentam nos outros profissionais relações inseguras e incorretas, sempre que estes são obrigados a cumprir ambas em simultâneo. Esta situação, por vezes, conduz ao aparecimento de conflitos. No contexto do BO, o médico detém uma posição de domínio, quer na génese do modelo de produção de cuidados, quer na organização de trabalho no BO. Assim, pode considerar-se que os resultados do presente estudo poderão estar relacionados com as possíveis relações interprofissionais de poder entre médicos e enfermeiros.

Por sua vez, o item “Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente” é o que apresenta uma média mais baixa (2,17), com 16,7% dos participantes a referir que esta situação nunca representa uma fonte de *stress*. (tabela 8).

Tabela 8 - Contributo de cada item para a perceção de *stress* na subescala: “Conflitos com os médicos”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
2	1	2,9	25	71,4	6	17,1	3	8,6	2,31
9	3	8,3	18	50,0	10	27,8	5	13,9	2,47
10	1	2,9	21	61,8	9	26,5	3	8,8	2,41
14	3	8,8	20	58,8	9	26,5	2	5,9	2,29
19	6	16,7	19	52,8	10	27,8	1	2,8	2,17

Item 2 - Ser criticado por um médico

Item 9 - Conflito com um médico

Item 10 - Receio de cometer erros ao tratar de um doente

Item 14 - Desacordo em relação ao tratamento de um doente

Item 19 - Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

Quando procuramos perceber qual dos itens que mais concorre para o *stress* na subescala “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, constatamos ser o tem 15, “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais”, com o valor de 2,55. Relativamente a esta situação, 48,3% dos participantes consideram-na stressante ocasionalmente e 27,6%, frequentemente. Neste sentido, o item 23 “Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente” é aquele que apresenta um valor médio mais baixo (2,11), com 11,1% dos participantes a referir que nunca consideram esta situação stressante e 72,2% a consideram stressante ocasionalmente (Tabela 9).

Podemos concluir que os nossos resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Santos e Teixeira (2008), que obteve uma média de 2,27 no item “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais” e 2,12 no item “Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente”. No estudo de Pereira (2018), o item 18 “Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente” e o sentido mais stressante com o valor de 2,44, seguindo-se do item 15 “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais”, com o valor de 2,41.

Assim sendo, é evidente que o contacto com a família dos doentes se reveste de dificuldades e que lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares é frequentemente sentida como stressante. Frias (2001) refere que os enfermeiros parecem

estar pouco preparados para assistir, entender e ajudar as pessoas no seu processo de doença. Martins (2015) corrobora essa ideia, afirmando que, apesar de os enfermeiros serem sensíveis ao sofrimento dos doentes, preocuparem-se com eles e terem vontade de ajudá-los, apresentam dificuldades em proporcionar-lhes apoio emocional, pois face à ansiedade ou angústia do doente, estes profissionais, muito frequentemente, ficam embaraçados ou aflitos, sem saber o que fazer ou dizer. O sofrimento dos doentes e das famílias é um foco central dos cuidados de enfermagem. Esses profissionais têm a seu cargo a avaliação e o alívio do sofrimento daqueles que estão ao seu cuidado. É relativamente comum encontrar enfermeiros que, incapazes de se libertarem do seu próprio medo de sofrer ou morrer, adotem estratégias de fuga, argumentando muitas vezes falta de tempo e disponibilidade para ouvir e estar junto dos doentes. Figueiredo e Soares (1999, p. 52) referem que lidar diariamente com o sofrimento resulta num grande desgaste psicológico, “muitas barreiras impostas por médicos e enfermeiros em relação aos seus doentes têm por objetivo evitar os possíveis efeitos stressantes decorrentes de uma maior proximidade emocional com o doente, mantendo a comunicação a um nível superficial”.

Tabela 9 - Contributo de cada item para a perceção de *stress* na subescala: “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
15	2	6,9	14	48,3	8	27,6	5	13,5	2,55
18	3	8,8	23	62,2	6	16,2	2	16,2	2,21
23	4	11,1	26	72,2	4	11,1	2	5,6	2,11

Item 15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais

Item 18 - Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente

Item 23 - Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

Ao procurar investigar qual dos itens mais concorre para a perceção *stress* na subescala “Falta de apoio dos colegas”, constatamos ser o item 7, “Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço”, com o valor de **2,33**. Assim, 47,2% consideram-na ocasionalmente stressante e 38,9% frequentemente stressante. Por sua vez, a situação “Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente” apresenta o valor médio mais baixo deste fator (**1,94**). Consideram-na ocasionalmente stressante

68,8% e 18,8%, nunca stressante (tabela 10). Podemos então concluir que os nossos resultados vão ao encontro da investigação de Santos e Teixeira (2008) cujos resultados permitiram apurar que as situações mais frequentemente sentidas como stressantes, com media de 2,07, estão relacionadas com o item “Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço”. Quanto ao estudo de Pereira (2018), o item 7 também foi o mais pontuado com um valor medio de 2,19, quanto a “Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente” foi o item menos frequentemente sentido stressante com uma média de 2,06.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), um dos fatores de risco mais comuns do *stress* relacionado com o trabalho está relacionado com a falta de apoio por parte dos colegas e das chefias, entre outros. É um facto que a comunicação e a oportunidade de exprimir livremente as suas ideias e pontos de vista são facilitadores das relações entre as pessoas e constitui um alívio em termos psicológicos para os intervenientes nestes contextos. É importante a equipa ter momentos no serviço em que possam partilhar uns com os outros assuntos que tenham a ver consigo próprios, com os utentes e com familiares, bem como com outros profissionais com quem habitualmente se relacionam no dia-a-dia.

Tabela 10 - Contributo de cada item para a percepção de *stress* na subescala: “Falta de apoio dos colegas”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
7	4	11,1	17	47,2	14	38,9	1	2,8	2,33
11	4	11,4	19	54,3	9	25,7	3	8,6	2,31
16	6	18,8	22	68,8	4	12,5	--	--	1,94

Item 7 - Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço

Item 11 - Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço

Item 16 - Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente

Quando tentamos perceber qual dos itens mais concorrem para a percepção de *stress* na subescala “**Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes**”, o item que **mais concorre** para o *stress* dos enfermeiros no BO é o item 5, “**Conflito com um superior hierárquico**”, com o valor de **2,61**. Assim, 55,6% consideram-na ocasionalmente stressante e 27,8%, frequentemente stressante.

Por sua vez, a situação “**Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço**” apresenta o valor médio mais baixo deste fator (**1,76**). Consideram-na ocasionalmente stressante 51,5% e 13,3% frequentemente stressante. (Tabela 11). Mais uma vez obtivemos resultados similares ao estudo de Santos e Teixeira (2008) e Pereira (2018) em que o item com maior média é o 5, “Conflito com um superior hierárquico”, com uma média de 2,35 e 2,35 respetivamente. O fator com menor média é o 22, “Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço”, com o valor de 1,77 para o estudo de Santos e Teixeira (2008) e 1,91 no estudo de Pereira (2018).

Ramos (2001), refere que quando a comunicação é pobre ou incompleta entre chefias e subordinados, surgem situações indutoras de *stress*, já que a comunicação é o instrumento capital da relação humana, sendo também, por isso, o principal meio psicossocial do trabalho.

Ainda segundo Martins (2004), os superiores hierárquicos para além de adequadas atitudes de liderança e de autocontrolo emocional necessitam ter boas competências de relacionamento interpessoal e de disponibilidade para o mesmo; caso contrário, correm o risco de o poder formal entrar em desequilíbrio com o poder real, e, consequentemente, induzir *stress* no âmbito da relação com subordinados.

Para Gonçalves (2013), o relacionamento entre as pessoas é um dos fatores com maior influência no *stress*. O relacionamento entre colegas é de extrema importância para a definição de um bom clima de trabalho.

Tabela 11 - Contributo de cada item para a perceção de *stress* na subescala: “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
5	--	--	20	55,6	10	27,8	6	16,2	2,61
20	9	30,0	8	26,7	4	13,3	9	30,0	2,43
22	12	36,4	17	51,5	4	12,1	--	--	1,76
24	5	13,9	18	50,0	9	25,0	4	11,1	2,33
29	3	8,3	23	63,9	9	25,0	1	2,8	2,22

Item 5 - Conflito com um superior hierárquico

Item 20 - Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal

Item 22 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço

Item 24 - Receber críticas de um superior hierárquico

Item 29 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço

Quando tentamos perceber qual **dos itens mais concorre** para a percepção do *stress* na subescala “**Carga de trabalho**””, verificamos ser “**Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço**”, Este não só é o item com a média mais elevada neste fator como também em toda a escala (3,35), sendo que 62,2% dos participantes consideram esta situação stressante muito frequentemente (Tabela 12). Uma vez mais, estes nossos resultados vão ao encontro da literatura.

Nascimento (2003) afirma que a enfermagem, devido à prestação de cuidados durante 24h diárias, é a classe de trabalhadores que está mais exposta às más condições de trabalho, à insalubridade do ambiente e é a mais vulnerável ao *stress*. O autor aponta ainda as contenções de custos relacionados com a contratação de recursos humanos como fator agravante. Dessa forma, o absentismo na equipa de enfermagem é um problema relevante, considerando-se que a maioria das instituições, inclusive os hospitais, não prevê cobertura para os dias de falta, facto que acarreta uma sobrecarga de trabalho para a equipa de enfermagem.

Vargas (2010) refere que os enfermeiros lidam diariamente com *stress*, acabando por ter pouca proteção relativamente ao mesmo, proveniente, em grande parte da sobrecarga de trabalho. Gonçalves (2013) corrobora a ideia de que um dos aspetos ameaçadores do meio ambiente ocupacional do enfermeiro está relacionado com o número reduzido de profissionais em relação à carga de trabalho. Assim, Pereira (2018), num estudo sobre os fatores de *stress* em contexto de sala de emergência, concluiu que um dos fatores mais stressante está relacionado com a falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço.

Tabela 12 - Contributo de cada item para a percepção de *stress* na subescala: “Carga de trabalho”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
1	4	10,8	13	35,1	13	35,1	7	18,9	2,62
25	2	5,7	9	25,7	15	42,9	9	25,7	2,89
27	7	19,4	8	22,2	17	47,2	4	11,1	2,50
28	3	8,3	17	47,2	11	30,6	5	13,9	2,50
30	7	18,9	17	50,0	8	23,5	2	5,9	2,15
34	3	8,1	4	10,8	7	18,9	23	62,2	3,35

Item 1 - Avaria informática

Item 25 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho

Item 27 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo

Item 28 - Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente

Item 30 - Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem

Item 34 - Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço

Por sua vez, a situação **“Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem”** apresenta o valor médio mais baixo deste fator (2,15), sendo que 50% a consideram ocasionalmente stressante e 18,9% nunca stressante (Tabela 12). No estudo de Pereira (2018), verifica-se que uma das situações mais stressantes para a amostra em estudo está também relacionada com a falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem. No contexto do BO, nas situações de emergência, surge a necessidade de num curto espaço de tempo haver uma mobilização rápida e precisa de conhecimentos, impondo ao profissional de enfermagem uma resposta eficaz às solicitações que lhe são impostas. Pinto (1990) referido por Cruz (2004) corrobora essa ideia de que a pressão do tempo é uma das situações indutoras de *stress* mais frequente no BO, sobretudo nas cirurgias de urgência, complicações intraoperatórias, assim como na preparação do material necessário para a intervenção cirúrgica seguinte, o que exige das pessoas grande dinamismo e rapidez na capacidade de resposta.

Por fim, na Tabela 13, quando tentamos perceber qual dos itens que mais concorrem para o *stress* na subescala **“Incerteza quanto aos tratamentos”**, concluímos que é **“Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”**, que apresenta um valor médio de 2,81, e é considerado ocasionalmente stressante por 40,5% dos participantes e frequentemente stressante por 37,8%. Quanto ao item 26 **“Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente”** apresente o valor medio mais baixo de 2,17.

No nosso estudo, os enfermeiros apontaram, como sugestão de melhoria, a necessidade de mais formação relativamente ao manuseamento de material, o que vai ao encontro do item mais frequentemente sentido pela equipa inquirida em relação à subescala **“Incerteza quanto aos tratamentos”** e que faz referência às **“Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”**. No estudo de Pereira (2018), o item mais frequentemente sentido como stressante e o 31 **“Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica”** com media de 2,40. O item 33 **“Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”** e o sentido como menos stressante com uma média de 2,25.

Martins (2004) fazendo referências a investigações anteriores realizadas afere, que os constantes avanços da tecnologia e procedimentos fomentam o *stress* moderado nos Enfermeiros Perioperatórios. O BO na perspetiva de Perdigoto (2012) devido a complexidade do trabalho realizado exige a todos os profissionais deste serviço,

relativamente aos restantes profissionais do hospital, uma maior diferenciação e qualificação. Não cabe dúvidas então, do que a formação em serviço tem um papel primordial. Nessa perspetiva Fidalgo (2002) considera a formação em serviço como um meio pertinente que permite aos enfermeiros desenvolverem capacidades de ação e de adaptação, por forma a atingirem um nível de competência que lhes possibilite uma melhor compreensão daquilo que acontece. O decreto lei nº247/09 do regime da carreira de enfermagem, vem reforçar essa ideia afirmando que o papel do enfermeiro especialista é fundamental para o bom funcionamento de qualquer serviço uma vez que para além dos seus conhecimentos em práticas avançadas de Enfermagem, têm a importante função de promover, incentivar e garantir a formação dos restantes enfermeiros.

Tabela 13 - Contributo de cada item para a perceção de *stress* na subescala: “Incerteza quanto aos tratamentos”

ITENS	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito frequentemente		Média do item
	F	%	F	%	F	%	F	%	
17	2	5,7	17	48,6	13	37,1	3	8,6	2,49
26	7	19,4	19	52,8	7	19,4	3	8,3	2,17
31	9	25,7	16	45,7	4	11,4	6	17,1	2,20
32	4	11,1	21	58,3	8	22,2	3	8,3	2,28
33	--	--	15	40,5	14	37,8	8	21,6	2,81

Item 17 - Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente

Item 26 - Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente

Item 31 - Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica

Item 32 - Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento

Item 33 - Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado

1.4. Resultados dos testes das hipóteses e discussão dos mesmos

Neste capítulo efetuar-se-á uma análise e discussão dos principais resultados encontrados, relativamente as hipóteses de investigação levantadas, tentando, sempre que possível, compará-los e discuti-los à luz da literatura existente e estudos realizados neste domínio.

Objetivou-se avaliar a perceção de *stress* por parte dos enfermeiros do BO de um hospital da zona norte do país, assim como identificar quais os seus fatores indutores no contexto da atividade desempenhada nesse mesmo serviço, segundo a ESPE. Serão

também analisadas os constrangimentos e limitações do estudo, bem como enumeradas estratégias de melhoria para futuras investigações.

Neste estudo quantitativo realizaram-se procedimentos estatísticos com a finalidade de testar as hipóteses de investigação previamente colocadas, assim como atingir os objetivos que nos propusemos. Foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. O teste t de Student tem diversas variações de aplicação, mas sempre há a limitação do mesmo ser usado na comparação de duas (e somente duas) médias e as variações dizem respeito às hipóteses que são testadas.

- **Hipótese 1:** Espera-se que as variáveis sociodemográficas *género* e *idade* interfiram com a percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO;

Tabela 14 - Percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com o género

Subescalas	Género	Média	DP	t	P
I: A morte e o morrer	Feminino	2,23	0,65	0,974	0,337
	Masculino	2,02	0,53		
II: Conflitos com os médicos	Feminino	2,28	0,47	1,166	0,252
	Masculino	2,05	0,72		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Feminino	2,09	0,81	0,735	0,467
	Masculino	1,89	0,76		
IV: Falta de apoio dos colegas	Feminino	2,13	0,69	1,202	0,237
	Masculino	1,86	0,54		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Feminino	2,10	0,57	-,109	,914
	Masculino	2,12	0,46		
VI: Carga de trabalho	Feminino	2,66	0,61	,973	,337
	Masculino	2,44	0,68		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Feminino	2,34	0,73	,408	,686
	Masculino	2,25	0,46		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Como é possível verificar **na Tabela 14**, os participantes do sexo feminino evidenciaram valores médios superiores em todas as subescalas relativamente a percepção de *stress*, à exceção da subescala “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”, em que os homens apresentaram uma pontuação ligeiramente superior (2,12). **No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), como era expectável, o que nos leva a concluir que o género não interfere na percepção de *stress* vivenciado pelos enfermeiros do BO. Assim, é rejeitada a Hipótese nº 1.**

Neste nosso estudo prevalece o género feminino, representando 67,6% do número total de participantes, o que vai ao encontro dos dados da OE relativos ao número de enfermeiros efetivos e ativos em dezembro 2017, inscritos na mesma, em que o sexo feminino prevalece representando 82% dos enfermeiros efetivos no país. (OE, 2017).

Foram vários os autores que tentaram relacionar o *stress* com o género, mas um dos primeiros estudos especificamente dedicados à influência do género em todas as etapas da reação ao *stress* foi o *Gender and Stress* de Barnett, Biener e Baruch (1987), onde se concluiu que genericamente as mulheres apresentavam uma maior percepção de *stress*. Rinaldi (2007) menciona num estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) que tanto nos países em fase de desenvolvimento económico como nos países desenvolvidos as mulheres no ambiente de trabalho geralmente apresentam maior *stress* se comparadas aos homens.

Uma das causas referidas por vários autores está relacionada com as duplas jornadas de trabalho a que as mulheres estão expostas diariamente e que podem proporcionar níveis de *stress* elevados. Areias e Guimarães (2004) consideram que o facto de as mulheres ficarem sujeitas a uma dupla sobrecarga de trabalho, a conciliação entre o casamento os filhos e as tarefas profissionais, pode contribuir para um nível elevado de *stress*. Jonathan (2005) aborda também a questão da multiplicidade de papéis desempenhados pelas mulheres assim como a discriminação como fonte de *stress* ocupacional em mulheres.

Na mesma linha de pensamento, Sadir, Bignotto e Lipp (2010) também fazem referência à dupla jornada que consiste na inter-relação entre os papéis exercidos pelas mulheres no trabalho e em casa, acumulando responsabilidades entre a casa e família paralelamente à sua participação no ambiente organizacional. Referem ainda que a

grande maioria se sente culpada por este afastamento da casa e do lar para se dedicar à sua profissão.

Tabela 15 - Percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com a idade

Subescalas	Idade	Média	DP	<i>t</i>	<i>P</i>
I: A morte e o morrer	<40	2,05	0,61	-0,970	0,339
	>40	2,25	0,62		
II: Conflitos com os médicos	<40	2,18	0,71	-0,282	0,779
	>40	2,23	0,44		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	<40	1,94	0,91	-0,598	0,553
	>40	2,10	0,69		
IV: Falta de apoio dos colegas	<40	1,90	0,67	-1,230	0,227
	>40	2,16	0,62		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	<40	1,86	0,50	-2,563	0,015*
	>40	2,29	0,49		
VI: Carga de trabalho	<40	2,23	0,62	-3,476	0,001***
	>40	2,87	0,49		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	<40	2,16	0,61	-1,245	0,221
	>40	2,43	0,67		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Para analisar a existência de diferenças na percepção de *stress* sentido pelos enfermeiros em função da idade, optamos por agrupar os participantes em dois grupos (duas faixas etárias): os mais jovens (com idades até aos 40 anos) e os menos jovens (com mais de 40 anos).

Analisando os resultados da **Tabela 15**, resultantes da aplicação do procedimento estatístico test *t* de Student, verificamos que **existem diferenças entre os grupos de idade e os níveis de *stress* percecionados pelos enfermeiros**. De forma geral, os participantes mais velhos apresentam níveis superiores de *stress* em todas as subescalas quando comparados com os participantes mais jovens.

Observa-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas na subescala V (conflitos com outros enfermeiros e chefes), com um nível de significância de $p < 0,05$ e na subescala VI (carga de trabalho), com um nível de significância de $p < 0,001$. Ou seja, os enfermeiros com idade > a 40 anos percecionam níveis de *stress* mais elevados na subescala “Carga de trabalho, e conflitos com outros enfermeiros e médicos”, **pelo que confirmamos que a idade interfere na percepção do *stress* dos enfermeiros no BO.**

Contudo, no que refere a literatura, era expectável que fossem os enfermeiros com idade <40 anos que percecionassem níveis mais altos, e não os > 40 anos. Costa e Martins (2011) in Pereira (2018), baseado num estudo mais antigo, acredita que possa haver relação entre a maturidade e melhores esforços e estratégias, diminuindo, deste modo, os níveis de *stress*. Falam numa relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de *stress*, ou seja, quanto mais jovens forem os trabalhadores, maiores vão ser os níveis de percepção de *stress* e vice-versa. Um estudo de Inoue [et.al], (2013) corrobora estes dados demonstrando também que os enfermeiros mais novos apresentam níveis de *stress* mais elevados, comparativamente aos mais velhos. Da mesma maneira, segundo Teixeira [et.al], (2015), era expectável que os enfermeiros de faixas etárias mais elevadas apresentassem maior capacidade de criar estratégias para lidar com o *stress*.

- **Hipótese 2:** Espera-se que o tempo de exercício profissional interfira com o nível de *stress* dos enfermeiros do BO.

Para o tratamento desta hipótese foi utilizada a Correlação de Pearson. Lembra-se que o coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 1 indica uma relação linear perfeita positiva e o valor -1 indica uma relação linear perfeita negativa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear. (Filho e Júnior, 2009; Pestana e Gageiro, 2003).

De forma a verificar se existe alguma correlação entre os sete fatores da escala e o tempo de exercício no BO, recorremos à correlação de Pearson, da qual se obtiveram os valores apresentados na **Tabela 16**.

Assim, da análise do procedimento estatístico efetuado constatamos que, ao contrário do que era expectável, não há nenhuma associação significativa do ponto de vista estatístico entre estas variáveis. Todavia, observam-se algumas correlações estatisticamente significativas entre os fatores da Escala, o **que nos leva a concluir que o tempo de exercício não interfere na percepção de *stress* vivenciado pelos enfermeiros do BO, sendo assim, rejeitada a hipótese 2.**

Tabela 16 - Percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com o tempo de exercício profissional

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Tempo de exercício no BO	1							
2. A morte e o morrer	0,085	1						
3. Conflitos com os médicos	-0,060	0,678***	1					
4. Preparação inadequada para lidar...seus familiares	0,090	0,316	0,300	1				
5. Falta de apoio dos colegas	0,147	0,283	0,237	0,010	1			
6. Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	0,123	0,603***	0,558***	0,240	0,189	1		
7. Carga de trabalho	0,303	0,291	0,277	-0,005	0,269	0,535***	1	
8. Incerteza quanto aos tratamentos	-0,163	0,498**	0,214	0,179	0,080	0,494**	0,447**	1

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

A prestação de cuidados de enfermagem em serviços como o BO, Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência acarreta tomadas de decisão rápidas com alto grau de dificuldade e responsabilidade podendo gerar *stress*. Se, por um lado, a experiência profissional traz destreza, prática, maturidade profissional, segurança no trabalho, por outro, podemos ter, com o envelhecimento, menor capacidade para responder às exigências do trabalho e, conseqüentemente, vivenciar maior percepção de *stress* ocupacional. Porém, vários estudos garantem que quanto maior o tempo de atividade profissional, maior será o controlo em momentos de *stress*. Os estudos de Ritter (2012), Portela [et.al], (2015), vêm confirmar essa ideia, bem como os resultados de Nobre [et.al] (2019). Inoue [et.al], (2013) numa investigação realizado chegam a conclusão que os enfermeiros mais novos apresentam níveis de *stress* mais elevados, comparativamente aos mais velhos. Contudo, outro estudo de Filha, Costa e Guilam (2013) demonstrou que o tempo na instituição não se associa ao *stress* laboral.

- **Hipótese 3:** Espera-se que o vínculo profissional interfira com nível de *stress* dos enfermeiros do BO.

Tabela 17 - Percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com a natureza do vínculo profissional

Subescalas	Vínculo Profissional	Média	DP	T	P
I: A morte e o morrer	CTFP	2,21	0,60	0,567	0,574
	CIT	2,09	0,65		
II: Conflitos com os médicos	CTFP	2,22	0,43	0,144	0,887
	CIT	2,19	0,75		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	CTFP	2,16	0,78	1,325	0,194
	CIT	1,81	0,78		
IV: Falta de apoio dos colegas	CTFP	2,06	0,74	0,153	0,879
	CIT	2,02	0,48		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	CTFP	2,27	0,50	2,625	0,013*
	CIT	1,83	0,50		
VI: Carga de trabalho	CTFP	2,83	0,49	3,293	0,002**
	CIT	2,20	0,65		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	CTFP	2,37	0,67	0,721	0,476
	CIT	2,21	0,63		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Analizados os resultados da **Tabela 17**, no que diz respeito às diferenças na ESPE em função da natureza do vínculo profissional, observam-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas V, “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”, com um nível de significância de $p<0,05$ e na subescala VI, “Carga de trabalho”, com um nível de significância de $p<0,01$. Neste nosso estudo, os CTFP representam 62,2% da população inquirida e os CIT 37,8%. Ou seja, o ambiente físico e social e que têm diferenças estatisticamente significativas.

Observa-se ainda na **Tabela 17** que **os participantes com Contrato de Trabalho em Função Pública (CTFP) evidenciam pontuações médias superiores aos participantes com Contrato Individual de Trabalho (CIT)** em todos os fatores da escala, o que nos leva a concluir que **a natureza do vínculo profissional interfere na percepção de *stress* vivenciado pelos enfermeiros do BO**, no entanto, ao contrário do esperado, os participantes com CTFP revelaram maior percepção de *stress* do que os CIT. **Assim é aceite a Hipótese 3.**

A falta de estabilidade laboral, assim como o surgimento de contratos muito precários podem contribuir para o aumento dos níveis de *stress* e de ansiedade do trabalhador. Encontramos na literatura estudos que atestam essas duas situações. Segundo

Palha (2013), a vinculação à organização pode também ser determinante no que diz respeito ao *stress* ocupacional, uma vez que a estabilidade oferecida pelo tipo de contrato difere. Segundo Martins (2003), em situações de insegurança no trabalho (caso, de contrato de trabalho a termo certo), as pessoas estão mais predispostas a aceitar sobrecarga de trabalho ou condições de trabalho menos adequadas, que podem acrescentar novas experiências de *stress* às já produzidas pela insegurança no trabalho. Para Pereira (2010), os enfermeiros contratados por tempo indeterminado apresentam maiores níveis de satisfação e consequentemente menores níveis de *stress* do que os contratados a termo certo. A mesma situação é corroborada no estudo de Castro [et.al], (2011), no qual se observa que a precariedade associada à situação laboral surge como um importante fator de insatisfação no trabalho. Também Bernardino (2018) defende que o tipo de vínculo influencia a satisfação profissional dos enfermeiros, pelo que os enfermeiros com contrato em funções públicas por tempo indeterminado são os mais satisfeitos.

- **Hipótese 4:** Espera-se que a rotatividade de turnos interfira no nível de *stress* dos enfermeiros do BO.

Tabela 18 - Perceção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com a rotatividade de turnos

Subescalas	Rotatividade de turnos	Média	DP	T	P
I: A morte e o morrer	Rotativo	2,16	0,60	-0,083	0,934
	Fixo	2,18	0,72		
II: Conflitos com os médicos	Rotativo	2,15	0,54	-1,167	0,251
	Fixo	2,43	0,67		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Rotativo	1,94	0,76	-1,335	0,190
	Fixo	2,38	0,85		
IV: Falta de apoio dos colegas	Rotativo	2,02	0,55	-0,438	0,664
	Fixo	2,14	1,03		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Rotativo	2,12	0,53	0,403	0,690
	Fixo	2,03	0,60		
VI: Carga de trabalho	Rotativo	2,64	0,64	0,974	0,337
	Fixo	2,38	0,58		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Rotativo	2,41	0,66	2,018	0,051
	Fixo	1,89	0,41		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Analizados os resultados da **Tabela 18**, verificamos a ausência de relações estatisticamente significativas, o que vem rejeitar a hipótese formulada de que a rotatividade de turno interfere com o nível de *stress*.

Ainda assim, os resultados sugerem que os enfermeiros que trabalham por turnos fixos têm uma pontuação média mais elevada nas subescalas I, “A morte e o morrer”, II “Conflitos com os médicos”, III, “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, e IV, “Falta de apoio dos colegas”. Por sua vez, os enfermeiros que fazem turnos rotativos apresentam uma pontuação média mais elevada nas subescalas V, “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes”, VI, “Carga de trabalho” e VII, “Incerteza quanto aos tratamentos”.

Os enfermeiros, tal como a grande maioria dos profissionais de saúde, fazem parte dos profissionais sujeitos a trabalho em horário rotativo, mais vulgarmente designado de *roulement*, em que os turnos são alternados de manhãs, tardes ou noites, podendo também trabalhar aos feriados e fins de semana. Atualmente existe um sistema de três horários de trabalho: o turno da manhã (8h às 16h), da tarde (16h às 24h) e da noite (24h às 8h), podendo sofrer ligeiras alterações de acordo com o local de trabalho como é o caso do BO, permitindo dar uma cobertura dos cuidados de saúde durante as vinte e quatro horas.

Segundo Martins (2003), “o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspetos apontados, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos”. Na perspetiva de Santos (2008), no caso dos profissionais de saúde e dos enfermeiros em particular, são cada vez mais claras as consequências que o trabalho por turnos acarreta na vida pessoal e familiar. Cerca de 29% da população ativa trabalha por turnos, pelo que os efeitos da intolerância ao trabalho por turnos assumem uma elevada importância em termos de saúde ocupacional.

- **Hipótese 5:** Espera-se que a carga horária semanal interfira com o nível de *stress* dos enfermeiros do BO.

Tabela 19 - Percepção do nível de *stress* dos enfermeiros do BO de acordo com o número de horas de trabalho

Subescalas	Nº de horas de trabalho	Média	DP	T	P
I: A morte e o morrer	35	2,20	0,55	0,259	0,797
	+ de 35	2,14	0,67		
II: Conflitos com os médicos	35	2,28	0,56	0,649	0,521
	+ de 35	2,15	0,58		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	35	2,15	0,83	0,797	0,431
	+ de 35	1,94	0,76		
IV: Falta de apoio dos colegas	35	1,92	0,74	-1,052	0,300
	+ de 35	2,14	0,57		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	35	2,01	0,36	-0,959	0,344
	+ de 35	2,17	0,64		
VI: Carga de trabalho	35	2,36	0,44	-1,974	0,056
	+ de 35	2,76	0,70		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	35	2,09	0,61	-1,916	0,064
	+ de 35	2,49	0,64		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Passando à análise da quinta hipótese, de igual forma, **não se registaram diferenças entre os participantes que trabalham 35 horas por semana e aqueles que trabalham para além deste número de horas (Tabela 19)**. De salientar, todavia, que os participantes que trabalham 35 horas por semana apresentam valores médios superiores nos fatores I, “A morte e o morrer”, II, “Conflito com os médicos”, e III, “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, da ESPE. Os que laboram para além das 35 horas semanais apresentam pontuações mais elevadas nos restantes fatores. Também no que diz respeito à “Falta de apoio dos colegas”, à “Carga de trabalho”, aos “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” e à “Incerteza quanto aos tratamentos”, podemos observar valores mais elevados nestes enfermeiros. Estes, muitas vezes, veem a sua carga horária aumentada devido aos colegas que não querem fazer mais de 35h. Evidencia-se ainda que a média relativamente aos conflitos com outros enfermeiros é maior para quem efetua uma carga horária superior a 35h, o que se deverá ao facto de uma maior carga horária poder implicar maior cansaço, com jornadas insalubres de trabalho e, consequentemente, maior percepção de *stress*.

Conclui-se então que a carga de trabalho semanal não interfere na percepção de *stress* vivenciado pelos enfermeiros do BO. Assim é rejeitada a Hipótese 5.

A literatura no que diz respeito a carga de trabalho vai precisamente ao oposto desses nossos resultados. Assim para Peiró (1993), o excesso de trabalho, tanto em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte frequente de *stress*. Para Lipp (2010), pode entender-se que a sobrecarga horária, as pressões excessivas por tempo e resultados no trabalho, num mundo competitivo ao extremo, são as grandes causadoras do *stress* laboral. Rodrigues e Ferreira (2011) desenvolveram um estudo em Portugal que apontou fatores organizacionais como desencadeadores de *stress* nos enfermeiros, entre eles: a elevada carga de trabalho e estruturas físicas desadequadas entre outros.

Conclusões

O presente trabalho objetivou identificar a percepção do nível de *stress* por parte dos profissionais de Enfermagem do BO, assim como identificar as fontes geradoras de *stress* nas situações que fazem parte do quotidiano dos Enfermeiros Perioperatórios. Identificadas as medidas minimizadoras de *stress* que os profissionais gostariam de ver desenvolvidas, tentou-se perceber se as variáveis sociodemográficas e profissionais interferiam com a percepção de *stress* ocupacional desses profissionais.

Assim neste nosso estudo, a amostra de acordo com os critérios estabelecidos ficou constituída por 37 enfermeiros a exercer funções no Bloco Operatório Central de um hospital da zona norte do país. Prevalece o género feminino, representando 67,6% do número total de participantes, e a média de idade é aproximadamente de 44 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (75,7%) e 89,2% têm filhos. No que diz respeito ao nível de escolaridade, observa-se que 89,2% são licenciados, sendo que 13,5%, possuem especialidade e 10,8% mestrado.

A maior parte dos participantes (62,2%) têm um Contrato de Trabalho em Função Pública. O tempo médio de serviço no BO é de 16,62 anos, sendo que uma boa parte dos participantes (62,2%) foi colocada no serviço do BO por escolha própria.

Relativamente à carga horária semanal, 43,2% trabalham 35 horas e 56,8% mais de 35 horas por semana. Mais de metade dos participantes (56,8%) realiza turnos consecutivos, 81,1% fazem horário rotativo e 29,7% têm outro emprego.

Verificamos no nosso estudo que relativamente à atividade de enfermagem no BO, **75,7%** da amostra considera esta **atividade bastante stressante**, **5,4%** **multíssimo stressante** e **18,9%** pouco stressante.

Verificamos ainda que os participantes do nosso estudo **sugeriram como medidas minimizadoras a necessidade de formação**, destacada por **23,3%** dos respondentes, seguindo-se, com **16,7%**, a **necessidade de mais recursos humanos para evitar sobrecargas de trabalho; melhoria da comunicação** no seio das equipas com **6,7%**, a necessidade de **mais recursos e melhor organização do espaço físico do BO** com **6,7%** e, por fim, **6,7%** dos inquiridos sugeriram a **formação e atividades no âmbito da gestão do stress**, entre outras.

No que diz respeito aos resultados obtidos na **avaliação da perceção do nível de stress** do enfermeiro do BO, **segundo a ESPE**, é possível observar que o **fator mais referido** pelos participantes **como stressante** está relacionado com o fator VI, “**Carga de trabalho**”, onde o item 34, “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço”, é não só o item com a média mais elevada neste fator, como também em toda a escala (**3,35**), sendo que **62,2%** dos participantes consideram esta situação stressante muito frequentemente.

No respeitante à subescala “**A morte e o morrer**”, o item que **mais concorre para o stress** dos enfermeiros no BO é o item 21, “**Ver um doente em sofrimento**”, com o valor médio de **3,00**, sendo que a maior percentagem de enfermeiros a sentem como stressante, frequentemente (**43,2%**) e muito frequentemente (**29,7%**).

No que se refere à subescala “**Conflitos com os médicos**”, observa-se que o item que mais concorre para o *stress* com um valor médio de **2,47** é “**Conflito com um médico**”, sendo que **50%** dos participantes consideram esta situação stressante ocasionalmente e **27,8%** frequentemente.

No que concerne à subescala “**Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares**”, o item que mais concorre para o *stress* dos enfermeiros no BO é o 15, “**Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais**”, com o valor de **2,55**. Relativamente a esta situação, **48,3%** dos participantes consideram-na stressante ocasionalmente e **27,6%** frequentemente.

Na subescala “**Falta de apoio dos colegas**”, o item que mais concorre para a percepção de *stress* dos enfermeiros no BO é o 7, “**Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço**”, com o valor de **2,33**. Assim, 47,2% consideram-na ocasionalmente stressante e 38,9% frequentemente stressante. Por sua vez, a situação “Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente” apresenta o valor médio mais baixo deste fator (**1,94**). Assim, 68,8% consideram-na ocasionalmente stressante e 18,8% nunca stressante.

Na subescala “**Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes**”, o item que mais concorre para o *stress* dos enfermeiros no BO é o item 5, “**Conflito com um superior hierárquico**” com o valor de **2,61**, em que 55,6% consideram-na ocasionalmente stressante e 27,8% frequentemente stressante. Por sua vez, a situação “Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço” apresenta o valor médio mais baixo deste fator (**1,76**). Na subescala “**Carga de trabalho**”, o item que mais concorre para o *stress* dos enfermeiros no BO é “**Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço**”, este é não só o item com a média mais elevada neste fator como também em toda a escala (**3,35**), sendo que 62,2% dos participantes consideram esta situação stressante muito frequentemente.

Finalmente, na subescala “**Incerteza quanto aos tratamentos**”, o item que mais concorre para o *stress* dos enfermeiros no BO é “**Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado**”, que apresenta um valor médio de **2,81** e é considerado ocasionalmente stressante por 40,5% dos participantes e frequentemente stressante por 37,8%.

Relativamente aos resultados das hipóteses de investigação formuladas obtivemos os seguintes resultados:

- Relativamente à **hipótese 1**, no que se refere ao **género**, verificamos que este não interfere com a percepção do *stress*, pois **não existe** uma correlação estatisticamente significativa entre o género e a percepção de *stress* experienciado pelos enfermeiros do BO.

- Quanto à **idade**, **existem diferenças entre os grupos de idade e os níveis de stress percecionados** pelos enfermeiros, pois **existe** uma correlação estatisticamente

significativa, ou seja, concluímos que os enfermeiros com idade superior a 40 anos percebem níveis de *stress* mais elevados.

- No que diz respeito à **hipótese 2**, relativamente ao **tempo de serviço**, verificamos que esta não interfere com a percepção do *stress*, pois **não existe** uma correlação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e a percepção de *stress* experienciado pelos enfermeiros do BO.

- Relativamente à **hipótese 3**, que diz respeito ao **vínculo profissional**, percebemos que esta interfere com a percepção do *stress*, pois **existe** uma correlação estatisticamente significativa entre a natureza do vínculo profissional e a percepção de *stress* vivenciado pelos enfermeiros do BO, ou seja, quem tem um Contrato Trabalho Função Pública percebe maior nível de *stress* do que os Contratos Individuais Trabalho.

- Quanto à **hipótese 4**, relativamente à **rotatividade de horário**, verificamos que esta não interfere com a percepção do *stress*, pois **não existe** uma correlação estatisticamente significativa entre o tipo de turno de trabalho efetuado e a percepção de *stress* experienciado pelos enfermeiros do BO.

- Por fim, quanto à **hipótese 5**, que diz respeito à **carga horária semanal**, conclui-se que esta não interfere com a percepção do *stress*, pois **não existe** uma correlação estatisticamente significativa entre a carga horária efetuada e a percepção de *stress* experienciado pelos enfermeiros do BO;

As maiores **dificuldades referidas pelos enfermeiros** foram principalmente a falta de formação, tanto a nível dos equipamentos adquiridos, assim como das técnicas efetuadas. Seguindo-se, a falta de pessoal que obriga a uma sobrecarga de horário. A dificuldade de comunicação no seio das equipas que leva a situações de conflitos entre as várias categorias profissionais. A falta de formação e atividades no âmbito de gestão de *stress*. E por fim a falta de recursos e a má organização do espaço físico do BO entre outras.

Sugestões apresentadas pelos enfermeiros como medidas para prevenir e/ou reduzir o *stress* ocupacional

Depois de identificadas as dificuldades, é muito importante criar medidas e/ou estratégias que permitam prevenir e/ou reduzir o *stress* ocupacional e consequentemente melhorar as condições de trabalho:

- ✓ Criação de protocolos de serviços; fazer formação relativamente aos equipamentos recentemente adquiridos pelo serviço;
- ✓ Criação de reuniões com casos clínicos;
- ✓ Aquisição de mais recursos humanos;
- ✓ Alteração do número de horas de trabalho por turno;
- ✓ Implementação de técnicas de relaxamento.
- ✓ Rastreio e aconselhamento individual pelo serviço de Saúde Ocupacional da instituição;
- ✓ Criação de momentos de convívio fora do contexto de trabalho.

Em Portugal está legislado, através do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de novembro que diz respeito a promoção da segurança, higiene e saúde no trabalho, que a entidade patronal possa assegurar ao trabalhador: a prevenção de riscos profissionais, o zelar pela segurança e ambiente de trabalho, a promoção e a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho e proporcionar que cada trabalhador participe em todo este processo.

Não resta dúvidas que as organizações têm um papel primordial na identificação e redução do *stress* no trabalho ao qual o trabalhador e mais concretamente o Enfermeiro Perioperatório está sujeito.

Limitações do estudo

Consideramos que há a destacar como limitações deste estudo uma amostra de estudo bastante reduzida (N=37). O facto de a medida de avaliação ser um instrumento de autorrelato é outra limitação do estudo que deve ser considerada (Westen & Shedler, 1999). Apontamos ainda como limitações o facto de uma subescala apresentar valores de alfa abaixo de 0,60; a escassez de tempo para a sua realização e a acumulação deste com o exercício profissional; o facto da temática relativa aos fatores desencadeantes de *stress* no Enfermeiro Perioperatório estar pouco desenvolvida, o que limitou a discussão dos resultados obtidos, quer por termos de recorrer a bibliografia mais antiga.

Apesar destas limitações, pensamos ter dado as respostas ao que nos tínhamos proposto, e esperamos poder contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e da evolução da enfermagem, atrevendo-nos a deixar algumas sugestões.

Implicações do estudo

A realização do estudo de investigação neste âmbito permitiu estudar quais as situações indutoras de *stress* dos profissionais de enfermagem do BO, avaliando a perceção de *stress* nas situações que fazem parte do seu quotidiano profissional. Agora, terminado o nosso trabalho, realçamos que o mesmo poderá ter implicações para a prática de cuidados, para a investigação e para a formação.

Assim, relativamente à **implicação para a prática de cuidados**, podemos apontar a necessidade de atuar, numa perspetiva de intervenção primária, por forma a melhorar a nível da gestão de *stress* nos Enfermeiros do Perioperatório, passando pela necessidade de fazer mais formação no serviço do BO relativamente às técnicas praticadas e materiais altamente técnico usados no dia-a-dia. Sensibilizar as chefias quanto à necessidade de mais recursos humanos seria outro ponto importante a abordar. Ainda para a prática de cuidados, será muito importante que os enfermeiros do B.O sejam sujeitos a programas de intervenção de gestão emocional e gestão de *stress*, minimizando assim os efeitos do mesmo, aquando do exercício profissional.

No respeitante à **implicação do estudo para a formação**, destacamos a necessidade de abordar nos Cursos de Licenciatura em enfermagem as implicações do *stress* ocupacional, assim como as medidas preventivas.

Para a **investigação**, este estudo deixa abertura para a necessidade de se investigar a perceção do *stress* em todos os serviços, no sentido de o poder avaliar de forma global no exercício profissional da enfermagem, pelo que a continuidade e alargamento a outros serviços do mesmo hospital seria uma mais valia para a identificação de situações que por ventura poderão ser responsáveis pelo *stress* nos profissionais de enfermagem.

Queremos deixar ainda **uma sugestão para trabalhos futuros**, nomeadamente a necessidade de **desenvolver, aplicar e validar um programa de gestão de *stress* com estes profissionais e com o apoio do psicólogo do gabinete de gestão de *stress* da instituição**, a fim de minimizar o *stress* ocupacional do Enfermeiro Perioperatório.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABREU, Klayne Leite de [et.al] - Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. “*Psicologia: Ciência e Profissão*” [em linha]. 2002, vol.22, n.2 (junho 2002), p. 22-29. [consultado em 15/12/2018]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.
- ALBUQUERQUE, Maria Assunção Almeida - *Burnout nos enfermeiros do Bloco Operatório*. Coimbra: [s.n.], 2018. Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS - *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16
- BALLON GJ, MOURA EC - Sintomas do Estresse, in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008.Consultado a 1 fevereiro 2019.
- BOND, Meg - *Stress and Self-awareness: A Guide for Nurses*, Aspen Publishers, 1986
- BARASH, Paul G., [et. al.] - *Manual de Anestesia Clínica*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
- BARNETT, R. C., BIENER, L., BARUCH, G. K. - *Gender and stress*. Nova York: Free Press, 1987
- BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz - Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. “*Revista Latino-Americana de Enfermagem*”. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. vol. 14, nº. 4 (Jul-ago. 2006), p. 534-539
- BENARDINO, Eduardo - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal: análise estatística*. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2018. [consultado em 18-11-2019). Disponível na WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
- BIANCHI, Estela Regina Ferraz - Escala Bianchi de stress. “*Revista da Escola de Enfermagem da USP*”. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43, nº. número especial (2010), p. 1055-1062

- CABRAL, D- Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 614p. (2004).
- CARTWRIGHT, S. & COOPER, C - Managing workplace stress. California: Sage Publications, Inc. (1997).
- CASTRO, J; LAGO, H; FORNELOS M. C; NOVO P; SALEIRO R. M. & ALVES, O [et al.] - Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. "*Revista Portuguesa de Saúde Pública*". Lisboa. - ISSN 0870-9025. vol. 19 nº. 2 (jul. -dez. 2011), p. 157-172
- CHIAVENATO, I - Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier. (2005)
- CRUZ, António José Correia da - O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório na Região Autónoma dos Açores. "*Revista Investigação em Enfermagem*". Coimbra. ISSN 0874-7695. nº. 9 (fev. 2004), p. 35-44
- DECRETO REGULAMENTAR nº 14/2012. "*Diário da República. I Série*".19 (2012-01-26), p. 480 - 482
- DECRETO LEI Nº161/96 de 4 de setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)
- DECRETO LEI nº247/09 "D. R. 1ª Serie" 184 (09-09-22), p.6761-6765.
- DECRETO LEI nº441/91 "D. R. 1ª Serie" 262 (91-11-14), p.5826-5833
- DEJOURS, Christophe - *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. [S.l.]: Cortez, 1987. ISBN 9788524901010
- DELBROUCK, Michel - *Síndrome de exaustão (burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-228-9
- DELCARO, Wesley Rossi -*As relações de poder estabelecidas no ambiente hospitalar*. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade do Estado de Mato Grosso; 2011.
- DESPACHO nº 4321/2013 – Avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios, disponível em <https://www.scribd.com/document/330252814/Avaliacao-Situacao-Nacional-Blocos-Operatorios-Outubro2015>
- DIAS, S.M.M.; BOAS, A.A.V.; DIAS, M. R. G.; BARCELLOS, K. C. P. Fatores desmotivacionais ocasionados pelo estresse de enfermeiros em ambiente hospitalar. 2005.

- DIRECTIVA DO CONSELHO de 12 de junho de 1989 relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho (89/391/CEE). “Jornal Oficial das Comunidades Europeias”. Nº. L 183(29.06.89), p. 1-8
- FAVASSA, C. T. A.; ARMILIATO, N.; KALININE, I. Aspectos Fisiológicos e Psicológicos do Estresse. *Revista de Psicologia da UnC*, v. 2, n. 2, p. 84-92, 2005.
- Eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, disponível em psiqweb.net/index.php/estresse-2/estresse-alteracoes-hormonais/
- FERREIRA, A. S - *A Gestão do Stress Ocupacional em Enfermeiros Intensivistas*. Vila Real: [s.n.], 2010. Dissertação apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- FIDALGO, Alexandra - A formação em contexto de trabalho. *Acontece em Enfermagem*, Lisboa. 2002. Ano II, nº4. p. 6-8.
- FILHA, Theme Mariza Miranda; COSTA, Maria Aparecida de Souza; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues - Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. “*Revista Latino-Americana Enfermagem*”. [em linha]. vol.21, n.2 (mar. - abr. 2013), p. 475-483 [Consultado 14-10-2019]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200002>
- FILHO MORAES, Iel Marciano; ALMEIDA, Rogério José - Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no brasil: uma revisão integrativa. “*Revista Brasileira em Promoção da Saúde*”. [em linha]. Vol. 29, nº. 3 (2016), p 447-454 [consultado em 10-05-2018]. Disponível na WWW <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4645> Acesso em 10 de maio de 2018.
- FONSECA, Sara Romão da - A gestão de conflitos no bloco operatório e as técnicas de dinâmica de grupo. “*AESOP*”. Lisboa. ISSN 0874-8128. vol. VIII, nº. 24 (dez. 2007), p. 5-16
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-8383-10-7
- FRANDSON, Rowen Dale; FAILS, Anna Dee; WILKE, W. Lee - *Anatomia e Fisiologia dos Animais de Fazenda*. 6ª ed. Brasil: Nova Guanabara, 2005. ISBN: 9788527718189
- FRIAS, Cidália – *A aprendizagem do cuidar e a morte: um designio do enfermeiro em formação*. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologias, 2001.

- GEORGE, Darren, & Mallerya, Paul. Using SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference (4th ed.). London: Pearson Education. (2003)
- GOMES, A. Rui; CRUZ, José Fernando; CABANELAS, Susana - Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. “*Psicologia: Teoria e Pesquisa*.” [Em linha]. Vol.25, n.3, p. 307-318 ,2009 [consultado em 10-05-2019]. Disponível na <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>.
- GONÇALVES, Ana Rita Veloso. *Gestão do stress em enfermeiros perioperatórios*. Bragança, 2013. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão.
- INOUE, Kelly Cristina [et.al] - Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. “*Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 66, nº. 5 (set-out. 2013), p.722-729. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/13.pdf>
- ISMAIL. A, YAO. A & YUNUS. N - Relação entre Estresse Ocupacional e Satisfação no Trabalho: Estudo Empírico na Malásia. *O Jornal Econômico romeno*, 8(34), 3-29. (2009)
- LIPP, Marilda Novaes. Stress na atualidade: qualidade de vida na família e no trabalho. 2010. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/stress-na-atualidadequalidade-de-vida-na-familia-e-no-trabalho/>>. Acesso em: 22 set. 2019.
- LIPP, M. E. N - Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo.2014
- LIPP, M.E.N – O percurso do stress: suas etapas. 2013. Disponível em www.estresse.com.br/publicacoes/o-percurso-do-stress-suas-etapas/. Acesso em: 22 set. 2019.
- LEI 102/2009 de 10 de setembro, Diário da República n.º 176/2009, Série I de 2009-09-10
- LEI n.º 156/2015, “D. R. 1ª Serie”, 181, de 2015-09-16
- MACHADO, Ana Carolina Lopes Pereira - *Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: um estudo com profissionais de saúde*. Braga: [s.n.], 2013. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes; FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba - Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. “*Estudos de psicologia*”

- [online]. 2006, vol.23, n.4 (2006), p. 391-398. [consultado em 15/12/2018]. Disponível na: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400007>
- MARGIS, Regina, [et. al.] - Relação entre estressores, estresse e ansiedade. “*Revista de Psiquiatria*”. [Em linha]. Vol.25, suppl.1 (2003), p.65-74. [consultado em 19-12-2018]. Disponível na WWW: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>.
 - MARÔCO, João - *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. 2.º ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014. ISBN: 9789899676336
 - MARTINS, M. - *O stresse no trabalho em médicos e enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Central do Porto*. Porto: [s.n.], 2004. Dissertação apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
 - MARTINS, Maria da Conceição de Almeida - Situações indutoras de *stress* no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. “*Millenium*”. Viseu. ISSN 0873-3015. Ano 8, nº. 28 (2º. Semestre 2003), p. 229-252
 - MARTINS, Susana Patrícia da Costa - *Falhas de comunicação no bloco operatório: fatores organizacionais e individuais que contribuem para uma má comunicação*. Lisboa: [s.n.], 2015. Dissertação de mestrado apresentada na ISCTE-IUL
 - McINTYRE T, McINTYRE, S, & SILVERIO, J –Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros, *Análise Psicológica*, 3(XVII):513-527;(2001)
 - MELO, Barbara Teixeira E.; GOMES, António Rui; CRUZ, José Fernando A. - *Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino*. “*Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*”. Vol. 2, nº. 1 (1997), p. 53-71
 - NASCIMENTO, G.M – Estudo do absentismo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto. São Paulo (SP), 2003. Dissertação da Escola de Enfermagem da USP.
 - NOBRE, Daniela Filipa Rocha, [et. al.] - Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral. “*Revista Brasileira de Enfermagem*”. [em linha]. Vol.72, n.6, p.1457-1463. [consultado em 2019-11-11], Disponível na: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>.
 - NUNNALLY, Jum C. - *Psychometric theory*. 2nd Edition. New York: McGraw-Hill, 1978
 - OLER, Fabiana G.; JESUS, Alari F.; BARBOZA, Denise B.; DOMINGOS, Neide A. M. - Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. “*Arq Ciênc Saúde*”. V.12, n.2, (abr.-jun. 2005), p.102-110.

- OLIVEIRA, Ana Cláudia Albuquerque Almeida Santos - *Depressão, ansiedade e stresse em estudantes de enfermagem*. Viseu: [s.n.], 2015. Dissertação de mestrado em Mestrado em Enfermagem Comunitária apresentada na Escola Superior de Saúde de Viseu.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. 2012)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais [Em linha] Disponível em: [URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf).
- PACHECO, José Eusébio Palma - *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Algarve: [s.n.], 2005. Dissertação de doutoramento apresentada na Universidade do Algarve
- PALHA, Márcia Filipa Gonçalves - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Porto: [s. n.], 2013. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto Politécnico do Porto.
- PEIRÓ, José Maria - *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema, 1993.
- PEIXOTO, Carla Nancy Lima - *A importância da gestão de conhecimento para o enfermeiro perioperatório enquanto trabalhador do conhecimento*. Viana do Castelo: [s.n.], 2017. Dissertação apresentada na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- PEREIRA, Ana Catarina Martins - *Factores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Castelo Branco: [s. n.], 2010. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade da Beira Interior.
- PEREIRA, Maria do Carmo Carvalho Monteiro, et al. *Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico*. Covilhã.,2010. Dissertação de mestrado integrado em Medicina, Universidade da Beira Interior
- PEREIRA, Maria João - *Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência*. Coimbra: [s.n.], 2018. Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. ISBN 972-618-297-2

- PINES, A. - Burnout: an existential perspective. In. SCHAUFELI, Wilmar B., MASLACH, Christina; MAREK, Tadeusz (Eds) - *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis, 1993
- PINHEIRO, Dias - Competências dos enfermeiros perioperatorios. "AESOP". Lisboa. ISSN 0874-8128. vol. VIII, nº. 22 (abr. 2007), p. 17-25
- PINHEIRO, Sandra Angelina da Costa- Stress ocupacional em profissionais de saúde e seus efeitos a nível individual (saúde psicológica) e organizacional (comprometimento afectivo), Universidade do Minho(2011) Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia
- PORTELA, Nydale Lindsay Cardoso [et al.] - Síndrome de burnout em profissionais de Enfermagem de serviços de urgência e emergência. "*Journal of Research fundamental care online*". [em linha]. Vol. 7, nº. 3 (2015), p.2749-2760. [consultado 14-10-2019]. Disponível: 10.9789/2175-5361. 2015.v7i3.2749-2760
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regime da Carreira de Enfermagem.
- PREGUIÇA, José Júlio dos Santos- *Stress, vulnerabilidade ao stress dos pais e encarregados de educação e sua repercussão nos seus educandos*. Coimbra: [s.n.], 2015. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar- *Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho académico*. 2 Ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.
- QUEIROS, Cristina Maria Leite [et.al] - Stress nos profissionais de saúde: o desafio da arte de cuidar de si e de cuidar dos outros [Stress among health professionals: the challenge of taking care of oneself and others], XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEFE / III Encontro Latinoamerica-Europa,Coimbra, Portugal,2011 (Comunicação).
- QUICK, James Campbell; MURPHY, Lawrence R.; HURRELL, JR., Joseph J. - *Stress & Well-being at work: Assessments and interventions for occupational mental health*. Washington, DC: American Psychological Association ,1992
- RAMOS, Marco. Desafiar o Desafio – Prevenção de Stress no Trabalho. 2001.1.ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Reações fisiológicas ao stress, fonte
<<http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>>.

- Respostas fisiológicas do Sistema Simpático e Parassimpático, fonte
- REBELO, Sónia Maria dos Santos Regadas Soares - *Segurança do doente no Bloco Operatório*. Coimbra: [s.n.], 2013. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- REGULAMENTO n.º 429/2018. *D.R. II Série*. 135 (2018-07-16), p. 19359 – 19370
- RIBEIRO, António César; ROCHA, Roseany Patrícia Silva; ROCHA, Rosemara Andressa Silva - Fatores do estresse ocupacional na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. “*Connection Line*”. [em linha]. Nº. 19, (2018), p. 98-105
- RIBEIRO, José Luís Pais - *Introdução à psicologia da Saúde*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2007.
- RIBEIRO JLP. Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde. 3ª ed. Porto: Legis; 2010. 170 p.
- RICHARDSON, Roberto Janny – *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989. ISBN: 978-85-224-2111-4
- RITTER, RS, [et. al.] - Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria. “*Enfermería Global*”. [em linha]. Nº. 27 (julio 2012), p. 210-23. [consultado 14-10-2019]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300012>
- RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira; FERREIRA, Andreia Susana de Sousa - Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. “*Revista Latino-Americana Enfermagem*”. [em linha]. Vol. 19, nº.4 (jul- ago. 2011). P. 1-9. [consultado em 14-10-2019]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf
- ROSA, Guerreiro, M C – Cuidar de Enfermeiros- Os Enfermeiros como Beneficiários de cuidados. Stress Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Tratamentos. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental, Instituto Politécnico de Setúbal, 2013
- SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes - Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. “*Paidéia*” [Em linha]. 2010, vol.20, n.45, (2010), p. 73-81. [consultado em 2019-10-13]. Disponível na WWW: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>
- SANTOS, Abel Matos; CASTRO, João Jácome - Stress. “*Análise Psicológica*”. Lisboa. Série XVI, nº. 4 (Out.-Dez. 1998). p. 675-690

- SANTOS, Ana Patrícia Lopes; FERRÃO, Sónia Alexandra da Silva - *Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica: revisão de literatura*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015
- SANTOS, Diana Martins - *Burnout, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde*. Braga: [s.n.], 2011. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
- SANTOS, José Manuel Oliveira dos; TEIXEIRA, Zélia de Macedo - The nursing stress scale: desenvolvimento da versão portuguesa da escala. "Revista Investigação em Enfermagem". Coimbra. ISSN 0874-7695. nº. 18 (Ag. 2008), p. 29-40
- SANTOS, Margarida Custódio dos [et.al] - Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. "Revista Portuguesa de Saúde Pública". Lisboa. ISSN 0870-9025. volume temático nº. 10 (2010), p. 47-57
- SARAFINO, Edward P. - *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 2ª.ed. New York: John Wiley and sons, 1994. ISBN 0-471-16917-X
- SELYE, Hans - Police stress. "Police Stress Magazine". Nº. 1, (1984), p. 2-5,1984.
- SELYE, Hans Stress- uma realidade da vida – Saúde Mental, Vol. 3, Rio de Janeiro: Editora Salvat, S.A. (1984)
- SELYE, Hans- *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956
- SERRA, Adriano Vaz - A vulnerabilidade ao stress. "Psiquiatria Clínica". Vol 21, nº. 4 (2000), p. 213-226
- SERRA, Adriano Vaz - *O stress na vida de todos os dias*. 3.º ed. Coimbra, 2011
- SÍNDROME GERAL DE ADAPTAÇÃO de Selye, <https://joaomfjorge.wordpress.com/2015/12/05/fadiga-stress-burnout/>
- SILVA, Edite Lopes; RODRÍGUE, Francisco Rafael Araújo - La seguridad del enfermo y los procesos sociales en relación con enfermeros en el contexto de la sala de operaciones. "Cultura de los Cuidados" [em linha]. Vol. 20, nº. 46 (2016), p. 134- 145. [consultado em 2019-10-25]. Disponível em WWW: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>>
- SOUSA, Júlia– *Stress no trabalho: os principais sintomas*. [em linha]. Porto: Ekonomista, 2015. [consultado em 05-05-2018]. Disponível na WWW: <https://www.ekonomista.pt/stress-no-trabalho-sintomas/>

- *Stress* in Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. [consult. 2019-01-18 23:10:37]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/stress>
- STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MACALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria - Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. “*Texto contexto - enferm.*” [em linha]. Vol.15, n.3 (jul-set. 2006), p. 464-471. [consultado em 05-05-2018]. Disponível na WWW: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300011>.
- TAVARES, Ana Cristina Sousa - O Retrato dos Cuidados Perioperatórios .Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Setúbal, outubro, 2014
- TEIXEIRA, Marina Alexandra Neves Glória - *Integração de enfermeiros no bloco operatório: criação de um dispositivo de formação*. Lisboa: [s.n.], 2018.Trabalho de projeto apresentado a Universidade de Lisboa
- TRAVER, Cheryl J.; COOPER, Cary L - Mental health, job satisfaction and occupational stress among UK teachers. *Work and Stress*. Vol. 7, nº. 3 (1993), p. ,203-219
- VARGAS, Maria do Carmo Fialho. Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório – O Caso dos Enfermeiros. 2010.Dissertação para o Grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
- WESTEN, Drew; SHEDLER, Jonathan - Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. “*American Journal of Psychiatry*” [Em linha]. Vol 156, nº. 2 (feb. 1999), p. 258-278. [consultado em 15/12/2018]. Disponível na WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989563>
- ZUARDI, A. W - Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. Disponível em: <<http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>>. Acesso em: 19 dezembro 2018.

ANEXO

Anexo I - Escala de *Stress* Profissional em Enfermeiros (ESPE)

Esta escala apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque, para cada uma delas, um círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar.

Note bem:

Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no Serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação, qual a frequência com que a sente (quando acontece) como stressante.

Se há alguma situação que nunca ocorreu no seu Serviço, deixe a questão por responder.

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
ESCALA DE STRESS PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS				
1. Avaria Informática	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5. Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4
8. A morte de um doente	1	2	3	4
9. Conflito com o médico	1	2	3	4
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13. Ausência de médico quando um doente morre	1	2	3	4
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente em suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprimir falta de pessoal	1	2	3	4
21. Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1	2	3	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1	2	3	4
30. Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem	1	2	3	4
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica.	1	2	3	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

Fonte: SANTOS, José Manuel; TEIXEIRA, Zélia (2008)

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário de Avaliação Sociodemográfica e Profissional

AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade _____ anos

2. Género

☐ Feminino ☐ Masculino

3. Estado Civil

☐ Solteiro/a ☐ Casado/a a viver em união de facto

☐ Divorciado/a ou separado/a ☐ Outros

4. Tem filhos?

☐ Sim ☐ Quantos? _____

☐ Não

5. Habilitações Académicas

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

6. Possui Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem?

☐ Sim Qual? _____

☐ Não

7. Categoria Profissional

☐ Enfermeiro/a

☐ Enfermeiro/a Graduado/a

☐ Enfermeiro/a Especialista

8. Vínculo Profissional

- ☐ CTFP (Contrato Trabalho em Função Pública) ☐ CIT (Contrato Individual de Trabalho)

9. Tempo de exercício profissional? _____ anos _____ meses

10. Tempo de exercício profissional no Bloco Operatório? _____ anos

11. De quem foi a escolha da sua colocação no serviço do Bloco Operatório?

- ☐ Escolha própria
- ☐ Escolha da instituição

12. Carga horária semanal neste serviço?

- ☐ 35 Horas ☐ Mais de 35 horas

13. Realiza turnos consecutivos? (por exemplo, Manhã/Tarde)

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

14. Modalidade de horário efetuado

- ☐ Horário Rotativo (Roulement)
- ☐ Fixo

15. Se já fez Horário Rotativo e atualmente faz Fixo, qual o motivo?

- ☐ Razões de Saúde Quais? : _____
- ☐ Razões Particulares Quais? : _____
- ☐ Outras: _____

16. Possui outro emprego?

- ☐ Sim
- ☐ Não

17. No Bloco Operatório, exerce funções de:

- ☐ Enfermeiro de Anestesia
- ☐ Enfermeiro Instrumentista e Circulante

18. Teve algum período de integração quando iniciou funções no Bloco operatório?

- ☐ Sim Quanto tempo? _____ Meses
- ☐ Não

19. Considera que a atividade de Enfermagem no Bloco Operatório é (coloque um “X” na alternativa de resposta que corresponde à sua opinião):

- ☐ Muitíssimo Stressante
- ☐ Bastante Stressante
- ☐ Pouco Stressante
- ☐ Nada Stressante


20. Acha que alguma(s) medida(s) poderia(m) minimizar o stress no Bloco Operatório?

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, cite até 4 por ordem de prioridade:

Obrigada!

Apêndice II – Declaração de autorização do Presidente do Conselho da
Administração

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 58/2018 -CES	Pág. 1 de 1
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº126 de 08 -10-2018	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Estudo de investigação descritivo /exploratório subordinado ao tema "O Stress Ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório"	Em nome do(s) investigador(es): Enfermeira Maria Cristina Alves Silva Antunes, aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPVC.

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicita autorização para aplicar um questionário e uma escala (Escala de Stress profissional dos Enfermeiros) aos enfermeiros do Bloco Operatório Central da ULSAM.

2. Fundamentação

"De acordo com Ferreira (2010), em função de todo o desgaste físico e psicológico, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de desgaste físico e psicológico.

São objetivos deste trabalho:

Objetivo geral: Avaliar o stress ocupacional nos enfermeiros do Bloco Operatório.

Objetivos específicos Identificar as fontes geradoras de stress nos enfermeiros do BO; Identificar as dificuldades que sentem esses profissionais; Saber se os enfermeiros desenvolvem medidas para minimizar esse stress; Relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais relativamente ao nível de stress experimentado pelos enfermeiros do BO."

3. Conclusão/parecer

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod.Q741.0, pelo que nada há a opor à autorização requerida.

Nota: Referências bibliográficas:

Sic da investigadora.

Relator(es)	Sandra Novo
Ratificado em reunião do dia	20-11-2018
Enviado parecer: / /	

20/11/2018

O Presidente da CES




Mod. Q755.1 Set/2017


António Rodrigues
Rosário Barros
 Enfermeira Chefe do Bloco Operatório

ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES

Solicitado estudo do Bloco Operatório do Hospital.



	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 1 de 7</p>
---	--	----------------------------------

1) IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO / PROJETO

a) *Título do Estudo / Projeto de Investigação:*

O stress ocupacional dos enfermeiros do Bloco Operatório

b) *Identificação do Investigador Principal:*

Nome: Maria Cristina Alves Silva Antunes Instituição: ULSAM

Serviço/Departamento: Bloco Operatório/Cirurgia Grupo profissional: Enfermagem

E-mail: crisasantunes@gmail.com Telefone/telemóvel: 965262934

c) *Identificação do Orientador / Supervisor*

Não se aplica ☐

Nome: Maria Salomé Martins Ferreira

Serviço: Escola Superior de Saúde/IPVC Grupo profissional: Professor adjunto

E-mail: salomeferreira@ess.ipvc.pt Telefone/telemóvel: 967012449

d) *Identificação do Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino:*

O mesmo que em c) ☐ Não se aplica ☒

Nome: _____ Instituição: _____

Departamento: _____ Grupo profissional: _____

E-mail: _____ Telefone/telemóvel: _____

e) *Classificação do Estudo / Projeto de Investigação:*

i) Trabalho Académico de Investigação ☒

(1) Não conferidor de grau ☐

(2) Conferidor de grau ☐

(a) Licenciatura ☐

(b) Mestrado ☒


(c) Doutoramento ☐

ii) Projeto de Investigação ☐

iii) Ensaio Clínico ☐

(1) Medicamentos ☐

(2) Dispositivos médicos ☐

	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 2 de 7</p>
---	--	----------------------------------

(3) Outros produtos ☐

Quais? _____

iv) Outro tipo de estudo ☐

Qual? _____

f) *Versão:*

i) Novo ☒

ii) Modificação / Adenda ☐

iii) Prolongamento ☐

g) *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

- Escola Superior Saúde/Instituto Politécnico de Viana do Castelo

h) *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

- Bloco Operatório Central da ULSAM

i) *Existem outros centros, nacionais onde a mesma investigação será efetuada?*

i) Sim ☐


ii) Não ☒

j) *Descreva, sucintamente, os objetivos da investigação:*

O objetivo geral é avaliar o nível de stress dos enfermeiros do Bloco Operatório. Como objetivos específicos pretende-se: Identificar as fontes geradoras de stress; Identificar as dificuldades que sentem os enfermeiros; Saber se os enfermeiros desenvolvem medidas para minimizar esse stress e relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais relativamente ao nível de stress experimentado pelos enfermeiros do BO.

k) *Data previsível de conclusão do Estudo / Projeto de Investigação:*

31 / 03 / 2019

	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 3 de 7</p>
---	--	----------------------------------

(Após a conclusão do estudo/projeto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

2) RISCOS / BENEFÍCIOS

a) *A investigação envolve doentes?*

- i) Sim ☐
 iii) Não ☒

b) *A investigação envolve voluntários sãos?*

- i) Sim ☒
 iii) Não ☐

c) *Que benefícios poderão advir para os participantes?*

- Contribuir para a gestão de stress em contexto de trabalho, assim como melhorar a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

d) *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

- Nenhum

e) *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*


- i. Sim ☐ Em caso afirmativo, quais?

• _____

Que razões justificam este envolvimento?

• _____

- ii. Não ☒

	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 4 de 7</p>
---	--	----------------------------------

3) CONFIDENCIALIDADE

a) *Serão realizados questionários aos participantes?*

i. Sim ☒

ii. Não ☐

b) *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

- Será salvaguardado o completo anonimato, em nenhum documento constarão dados que possam identificar os participantes no estudo.


c) *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

i. Sim ☐

Quem terá acesso ao processo clínico?

- _____

ii. Não ☒

	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 5 de 7</p>
---	--	----------------------------------

4) CONSENTIMENTO INFORMADO

Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objetivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo/projeto de investigação, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe seja pedida justificação – com efeitos imediatos e sob a mesma garantia?

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐
- iii. Não aplicável ☐

5) PROPRIEDADE DOS DADOS

a) *Havendo Promotor, os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva desta entidade?*

- i. Sim ☐
- ii. Não ☒

b) *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐

6) CUSTOS E FINANCIAMENTO

a) A investigação proposta envolve exames complementares?

i. Sim ☐ Quem suportará os seus custos?

• _____

ii. Não ☒

b) A investigação proposta envolve prescrição terapêutica?

i. Sim ☐ Quem suportará os seus custos?

• _____

ii. Não ☒

c) Este projeto é financiado?

i. Sim ☐ Qual é a entidade financiadora?

• _____

ii. Não ☒

d) Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes?


	Sim	Não	Não aplicável
i. Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ii. Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iii. Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iv. Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7) SEGURO

a) Este estudo/projeto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

i. Sim ☐

ii. Não ☒

	<p align="center">Questionário para Submissão de Projeto de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde</p>	<p align="right">Pág. 7 de 7</p>
---	--	----------------------------------

8) TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maria Cristina Alves Silva Antunes, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mals declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Diretrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Viana do Castelo, 08 / 10 / 2018

O Investigador Principal

(Maria Cristina Alves Silva Antunes)

Apêndice III – Declaração de autorização do Sr. Diretor do Bloco
Operatório

Rui Torres

qui, 04/10/2018 10:05

Cristina Antunes ✓

Bom dia Srª Enfª Cristina Antunes

Concordo com a realização do trabalho.

Desejo que ele aporte conhecimentos aos Enfermeiros do Bloco Operatório Central

Cumprimentos,

Rui Torres

Diretor Bloco Operatório Central

Tel.: 258 802 172 | Tmv.: 961 790 265

E-mail: ruitorres@ulsam.min-saude.pt

Apêndice IV – Declaração de autorização da Sra. Enfermeira chefe do BO

De: Elvira Cadete <elvira.cadete@ulsam.min-saude.pt>

Enviado: 8 de outubro de 2018 08:53

Para: Cristina Antunes <cristina.antunes@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Re: Pedido para realização aplicação questionário aos enfermeiros BO

Bom dia, Enfª Cristina Antunes.

Venho por este meio informar que autorizo que seja realizado o estudo de investigação no Bloco Operatório Central, subordinado ao tema "O stress ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório.

Cumprimentos,

Elvira Cadete

Enfª Chefe Bloco Operatório Central

Tel.: 258 802 185 | Tmv.: 965 027 496

E-mail: elvira.cadete@ulsam.min-saude.pt

Apêndice V – Declaração de autorização, por parte do autor, para uso da
ESPE

DECLARAÇÃO

A fim de ser utilizada pela Senhora Enfermeira Maria Cristina Alves Silva Antunes no estudo que pretende desenvolver no âmbito da sua tese de Mestrado subordinada ao tema "Stress ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório", declaro autorizar a utilização da Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa, 13 de novembro de 2018



José Manuel Santos

Apêndice VI - Declaração de consentimento dos participantes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Designação do Estudo: O stress ocupacional nos enfermeiros do Bloco Operatório

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito "A perspetiva dos enfermeiros do Bloco Operatório relativamente ao stress ocupacional", realizado por, Maria Cristina Alves Silva Antunes, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Assinatura:

Apêndice VII - Folha de rosto

Caro(a) Colega,

No âmbito da realização de um Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendo realizar uma dissertação sobre o tema “Stress Ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório”, para a qual gostaria de poder contar com a sua colaboração.

Este estudo tem como objetivo principal identificar as fontes geradoras de stress e as possíveis medidas minimizadoras.

Conhecer as causas geradoras de stress é um dos primeiros passos para a prevenção do Stress Ocupacional que muitas vezes condiciona o profissional, quer em termos pessoais, quer em termos profissionais, levando consequentemente a uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, e para melhor compreensão deste problema, solicito a sua participação através do preenchimento deste questionário, para o qual realço o facto de tratar-se de um questionário de carácter anónimo e que deverá ser preenchido individualmente.

Sendo a sua colaboração muito valiosa, peço-lhe especial atenção para que não deixe nenhuma questão por responder, já que, segundo as regras predefinidas, passaria a ser considerado inválido.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

Mária Cristina Alves Silva Antunes